GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1885

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

ANNÉE 1885

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS

CINQUANTE-SIXIÈME ANNÉE — SEPTIÈME SÉRIE — TOME II

DIRECTEUR, RÉDACTEUR EN CHEF

Docteur F. DE RANSE

PARIS

Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ÉTUDE SUR LA RIGIDITÉ DU COL D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le docteur J.-A. DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

Suite. — Voir les numéros 49, 50, 51 et 52.

A la suite de ces deux observations, les seules qui me soient personnelles, je me garderai de prolonger ce travail par la narration *in extenso* des faits analogues relatés dans la littérature médicale. Toutefois, comme j'avais déjà connaissance de deux observations italiennes, l'une publiée en décembre 1883 et l'autre en janvier 1884 dans les ANNALES D'OBSTÉTRIQUE de Chiara par son assistant Martinetti et dont j'ai donné l'analyse sommaire dans le numéro de mars de cette année des ARCHIVES DE TOCOLOGIE, j'étais curieux de pousser plus loin mes recherches bibliographiques. Sur ces entrefaites, mon ami le docteur Chambrelent, chef de clinique médicale de la Faculté de Bordeaux, me raconta un fait analogue à celui que j'avais observé; il s'agissait d'une femme du service de la Maternité de Bordeaux.

Mme E.-M. Mesnard, docteur de la Faculté de Paris, en avait vu un autre cas. Sur les quelques indications que je lui fournis, elle se mit en devoir de continuer mes investigations et elle a pu réunir quinze observations, sur lesquelles elle a édifié un travail très soigné qui a fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue le 28 novembre dernier. Je puiserai dans cet ouvrage les quelques notes résumées qui me paraissent nécessaires pour compléter le présent mémoire, bien que presque tous les faits relatés par l'auteur ne soient pas à l'abri de la critique.

Tout d'abord j'estime que les cinq premières observations puisées par Mme Mesnard dans une étude du docteur Putégnat sont à la rigueur contestables et peuvent être discutées. Elles manquent du cachet de rigueur scientifique que l'on est toujours en droit de réclamer de faits ayant trait à une idée qui n'a pas encore cours régulier dans les livres ou dans l'enseignement. Néanmoins, comme elles émanent d'un homme dont la compétence n'a vraisemblablement pas pu être mise en défaut, on ne saurait leur refuser une grande probabilité quant aux faits essentiels : *existence d'un processus syphilitique au col utérin; résistance anormale du tissu cervical; nécessité d'une intervention opératoire.*

La syphilis dans ces cinq faits, n'a pas été toujours révélée par les antécédents précis de la malade, mais les lésions paraissent indéniables, aussi bien celles constatées au moment du travail que celles observées ultérieurement; et, dans les cas douteux, la syphilis du mari, bien constatée, donne une certaine force aux jugements portés par l'auteur. Du reste, je n'insisterai pas sur ces premières observations qui, je le répète, manquent d'assiette et de renseignements détaillés.

L'*observation VI* est justement celle qu'on a pu lire au début du présent travail et qui m'est personnelle.

L'*observation VII* émane du professeur Chiarleoni; elle est

FEUILLETON

Chronique mensuelle

LE DOCTEUR PEYRON ET LA MÉDAILLE D'OR. — LE COSMOPOLISME ET LES ÉTUDIANTS. — RESPONSABILITÉ MÉDICALE; CE QU'ELLE EST, CE QU'ELLE DOIT ÊTRE. — LE SUCCESSEUR DE PARROT.

Une grosse question a surgi tout à coup ces jours derniers, et elle n'est pas sans mener grand bruit, nos confrères de la presse extra-médicale ayant bien voulu conter la chose. Comme don de joyeux avènement, l'infortuné docteur Peyron, le nouveau directeur de l'Assistance publique, a été légèrement malmené par une jeunesse plus frondeuse que mal intentionnée. Quel est son crime auprès de MM. les étudiants? Hélas! un crime irrémissible aux yeux de beaucoup d'entre eux. Gardien du règlement, le nouveau directeur a eu le courage de le faire respecter. Ce n'est point, en effet, la première fois que se pose cette question des « *ex-æquo* » pour les récompenses uniques qu'on voudrait voir partager. Je ne sais rien des lauréats, sinon leurs noms, et, tout en plaignant le vaincu, je ne peux que m'associer à l'énergique décision de M. Peyron, qui, nouveau venu, agit à la façon d'un Husson ou d'un de Nervaux. En effet, de deux choses l'une : ou la médaille d'or est une récompense unique constituant un privilège élevé, ou bien elle n'est qu'un pur hochet de vanité; or il n'en est pas ainsi. Le jour où, pour un motif plus ou moins spécieux, vous dédoublerez « la médaille », elle n'aura plus de raison d'être, et ce zèle, cette émulation que vous voulez encourager tomberont faute de combattants et de « médaille ».

— Tandis que nous parlons des vainqueurs, laissez-nous vous toucher un mot d'un fait récent. Je me garderais d'insister pour ne pas troubler la joie du jeune lauréat étranger, mais je demande permission de prendre part au débat que vient de rouvrir le dernier concours de l'internat. C'est ce qu'on pourrait nommer *la question étrangère.* Comme en toute discussion, nous avons affaire à deux partis séparés par une immense distance : ceux-ci déclarent qu'il faut désormais interdire le concours en notre pays à tout étranger, et qu'on doit traiter ce dernier comme une

déjà ancienne et date de l'année 1873. Il s'agit d'une primipare de 22 ans : ulcérations syphilitiques de la vulve; surface ulcéreuse au pourtour de l'orifice externe du col; adénopathie inguinale. C'est le début de la maladie. La grossesse a atteint le 8e mois. Un traitement spécifique interne est institué pendant 5 semaines environ (protoiodure de mercure et iodure de potassium). Le travail se déclare vers l'époque du terme; le segment inférieur de l'utérus est épaissi, tendu, fibro-cartilagineux; dilatation très lente. Bains et irrigations tièdes; douches ascendantes au bout de 24 heures et de 36 heures. Scarifications multiples sur l'orifice utérin. Enfin, administration d'ergot de seigle suivie une heure après de l'expulsion d'un premier fœtus inanimé, puis d'un second vivant. La grossesse gémellaire a été diagnostiquée pendant le travail. Suites de couches normales.

Les observations VIII, IX et X ont été publiées par le docteur Fasola, agrégé de l'Institut obstétrical de Florence. Il s'agit de femmes âgées, la première de 25 ans, primipare; la seconde de 22 ans, tertipare; la troisième de 20 ans, secondipare.

Dans l'*observation VIII*, on constate un sclérome syphilitique ulcéré de la grande lèvre droite; une induration scléreuse diffuse du vagin et un durcissement des tissus du col qui enraye le travail. La syphilis remonte au début de la grossesse. On applique le forceps pour abréger la fatigue éprouvée par la parturiente. La dilatation était de 7 centimètres de diamètre. La durée du travail, pas plus que l'apparition des premières douleurs, ne sont indiquées. A quatre heures du matin, la femme entre à la salle d'accouchements en travail. Position G. A.— A huit heures, le col est dilaté de 5 centimètres. A dix heures, on intervient. L'opération est pénible; le col résiste aux tractions : il est dur, rigide, épais.... néanmoins elle s'achève. L'enfant est vivant.

On constate plusieurs lacérations produites par l'extraction : deux sur le col, une sur chacune des lèvres de la vulve, une au fond du vagin. Après un traitement spécifique de plus d'un mois, la malade sort guérie de ses lésions spécifiques.

La dystocie n'est pas ici bien évidente en tant que difficultés opératoires sérieuses, mais elle paraît néanmoins bien nette en ce fait que la résistance du col, sans avoir épuisé les contractions utérines, a amené un certain degré de surmenage chez la parturiente, avant que l'orifice n'ait cédé. Les caractères physiques de l'orifice sont d'ailleurs décrits avec précision.

Obs. IX. — Lésion hypertrophique fongueuse spécifique du col simulant un épithélioma; écoulement fétide. Accouchement à huit mois environ. Après plus de quarante-huit heures de travail, l'orifice, bien qu'il s'agisse d'une troisième grossesse, n'a pas plus de 4 centimètres de diamètre; les bords en sont durs, rigides et cartilagineux. En raison de l'épuisement de la mère, de son état général (temp. entre 38o et 39o) et de la souffrance de l'enfant, on pratique sur le col deux incisions latérales avec les ciseaux; puis une troisième sur la lèvre antérieure, une fois le forceps appliqué. Le tissu crie sous l'instrument tranchant comme ferait du cartilage. Extraction d'un enfant vivant.

Obs. X. — Syphilis secondaire en pleine évolution ; roséole, vestiges d'un chancre à la vulve, pléiade ganglionnaire inguinale. Accouchement à sept mois. Rigidité extrême, qui résiste à tous les traitements habituels. Sclérose typique du tissu cervical. Incisions et application de forceps après un travail qui dure depuis plus de quarante-six heures.

Obs. XI du professeur Chiara (rapportée par Martinetti). — Primipare de 23 ans. Syphilis débutant au septième mois de la grossesse. Lésions ulcéreuses de la vulve. Sclérose diffuse du col; adénopathie; roséole. Cinq semaines de traitement spécifique par le protoiodure de mercure (très modéré: 1 centigramme par jour). Le travail se produit à l'époque du terme; rigidité typique. Après quarante-huit heures d'attente, le professeur Chiara incise les bords de l'orifice en des points multiples : *le tissu était tellement dur et résistant que les ciseaux ne pouvaient l'entamer et qu'ils glissaient sur lui comme s'il s'était agi d'un véritable tissu fibreux*. Nécessité du bistouri boutonné de Dubois. Malgré trois incisions, l'orifice se dilate à peine. Application de forceps très laborieuse; nouvelle incision. Extraction d'un enfant petit.

Cette observation est frappante à cause de sa similitude en quelques points avec celle qui m'est personnelle. L'auteur ne parle pas de l'état du bassin, bien qu'il dise que la conformation physique de sa malade était normale. Je ne me permettrai pas toutefois de supposer qu'un rétrécissement pelvien ait pu échapper au professeur Chiara et à son assistant, surtout en présence d'un travail aussi anormal. La dystocie te-

---

« simple externe » ; ceux-là, au contraire, veulent lui faire la place plus large encore. Il nous semble qu'il y a cependant une mesure simple en même temps que juste à prendre à leur endroit. De même qu'on tend à établir des conventions douanières équivalentes et équitables, de même, pensons-nous, il ne serait que temps de revenir à la formule populaire : « Donnant, donnant ». Tel pays nous accueille libéralement, nous ouvre *gratuitement* ses gymnases, ses hôpitaux, ses cours, bref nous donne l'équivalent de ce que nous offrons à tout étranger venu dans nos Facultés; en ce cas, usons de réciprocité; *sinon, non.* Mais, m'objectera-t-on, il va donc falloir dresser un tableau des nationalités aptes à nous demander ces faveurs ? Pour ma part, j'y verrais de grands avantages. Cette mesure légitime mettra fin à ce que d'aucuns nomment « l'invasion »; et, pour nous priver de quelques noms plus ou moins euphoniques, elle nous permettra de faire aux nôtres une place au soleil un peu plus large ; or, par ce temps de concours, combien d'entre nous restent à l'ombre !

— Continuons, si vous le voulez bien, notre incursion à l'étranger. L'occasion m'en est fournie par ce fait navrant que chacun a pu lire dernièrement. Un médecin viennois, praticien distingué, médecin de l'hôpital durant huit ans, fut condamné à six mois de suspension et à repasser ses examens, parce qu'ayant ordonné à la fille d'une de ses clientes une application de collodion iodé sur *une engelure*, une gangrène des deux dernières phalanges survint, et cela pour des raisons ignorées. Le malheureux docteur Spitzer, morphiomane, dit-on, s'est suicidé à la suite de ce jugement. En vérité, il y a là motif à décourager ceux qui n'ont même pas recours à ce dictame puissant : la morphine ! Quoi ! vingt-cinq années de bons services, toute une vie de labeur croulant pour une de ces fatalités thérapeutiques au-dessus de toute prévision ! Ce qui nous semble navrant dans ce fait divers, enregistré sans commentaires par la plupart de nos confrères, c'est le jugement inouï rendu par les juges viennois. Pour s'être passé sur les bords du Danube, le fait mérite réflexion. « *Hodie mihi, cras tibi* » est toujours vrai ; demain peut-être pareille aventure surgira en ce Paris, qui enregistre chaque jour tant de faits étonnants. Grands ou petits, en est-il un seul parmi nous qui puisse se croire à l'abri de pareils coups ? Laënnec lui-même ne parvint à échapper à un tel scandale qu'enveloppé de sa grande renommée et protégé par ses puissants appuis.

nait évidemment et uniquement aux parties molles ; le fait n'est pas à discuter.

Obs. XII du même. — Primipare de 17 ans. Syphilis récente. Lésions vulvaires. Sclérose syphilitique du col. Agglutination (?) de l'orifice. Accouchement au commencement du neuvième mois. Dilatation digitale de l'orifice résistant; une déchirure se produit brusquement sur un point du pourtour de l'orifice. Le travail, lent jusque-là, prend une marche régulière.

Obs. XIII. — L'observation est de Mme Mesnard. Il s'agit d'une femme secondipare de 24 ans. La syphilis est récente et en pleine évolution. Rigidité cartilagineuse pendant le travail qui débute à huit mois accomplis. Ralentissement du travail, malgré des contractions fortes et soutenues. La femme est transportée dans un autre service. La suite des détails manque.

Obs. XIV de la même (recueillie à la clinique d'accouchements de Bordeaux). — Primipare de 21 ans. Syphilis actuelle. L'accouchement se fait à l'époque du terme. Après trois jours de travail, la rigidité est telle que le professeur Moussous pratique des incisions et applique le forceps.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Épithélioma de l'amygdale, du voile du palais et de la base de la langue. — Ligatures primitives de la linguale gauche et de la carotide primitive droite. — Ablation de la masse morbide avec l'anse galvanique et le thermocautère. — Hémiplégie consécutive à gauche. — Récidive du cancer. — Mort par hémorrhagie foudroyante un mois et demi après l'opération. — Service de M. le docteur Polaillon. Observation recueillie par MM. Paul Berthod et Barbier, internes du service.

Bert, âgé de 37 ans, employé, entre le 21 juillet 1884 à l'hôpital de la Pitié, salle Broca. numéro 34.

Père et mère bien portants.

En 1871, étant en captivité en Prusse, éruption de purpura.

Le début de son affection actuelle semble remonter à 15 mois. A cette époque, à la suite d'un refroidissement supposé, se montra une douleur assez vive dans l'oreille droite avec sentiment de gêne du même côté.

A ce moment, il n'y eut ni toux, ni difficulté de la déglutition ou de la parole. Cet état dura jusqu'à il y a deux mois, les douleurs persistant. Cependant, il y a huit mois, il accusa de la surdité à droite avec bruits subjectifs et rémissions pendant lesquelles l'ouïe recouvrait son acuité.

Il y a deux mois, la maladie semble avoir pris une extension subite. Pour la première fois, la déglutition devient pénible et douloureuse ; quelques filets de sang se montrent dans les crachats. Les douleurs s'exaspèrent. De plus, au-dessous de la branche horizontale du maxillaire, un ganglion ne tarde pas à se montrer et à grossir. Un léger amaigrissement dénotait en même temps un mauvais état général. A son entrée, bien qu'ayant conservé un certain embonpoint, le malade offre une teinte jaunâtre des téguments, marquée surtout à la face.

La déglutition est très douloureuse, au point qu'il en est réduit comme nourriture aux potages et aux aliments liquides. La digestion se fait d'ailleurs convenablement. Il n'y a pas de diarrhée. Les douleurs sont assez vives pour empêcher le malade de dormir; elles siègent dans l'oreille droite et dans la moitié correspondante de la face.

La voix est normale. L'haleine est horriblement fétide.

L'exploration de la gorge est très douloureuse, ainsi que les mouvements de la langue. La bouche s'ouvre incomplètement et difficilement. Cependant on peut constater que l'amygdale droite est considérablement hypertrophiée, au point de rétrécir de moitié l'isthme du gosier. Sa surface est rouge, bourgeonnante, et ressemble en tous points à un épithélioma ulcéré. Des végétations semblables se montrent sur le voile du palais et sur la muqueuse platine dans l'étendue de quelques millimètres. Enfin la présence d'un ganglion sous-maxillaire douloureux à la pression ne laisse aucun doute sur la nature de la néoplasie amygdalienne et sur sa propagation déjà avancée aux tissus et aux lymphatiques du voisinage.

Tous les jours, 3 grammes de chloral contre l'insomnie.

De nouvelles explorations par la vue et par le toucher permettent de s'assurer de l'étendue du néoplasme. Toute la base de la langue est envahie et les lésions se prolongent du côté de l'épiglotte. Sur le bord droit de la langue, presque jusqu'à la pointe, la muqueuse est rouge, presque saignante; les papilles y sont très développées. En bas, la néoplasie s'avance vers le plancher de la bouche.

Ces renseignements, joints aux notions qu'on possédait déjà sur l'étendue de la tumeur au voile du palais et sur la dégénérescence

---

Aussi bien, voudrions-nous que ce point de déontologie médicale fût à nouveau remis en question, commenté et discuté par la presse de tous rangs. Pour ma part, lorsque je considère l'odieux de ce jugement Spitzer, je ne suis point éloigné de me ranger à l'avis de ceux qui réclament l'irresponsabilité médicale, non pas que je ne reconnaisse que tout homme exerçant une profession doit être atteint par la responsabilité; mais, malgré ces raisons, le manteau d'impeccabilité apparente dans lequel on drape le médecin n'est pas pour me déplaire. Remarquons d'ailleurs qu'il agréait fort à certains de nos aînés, à Dupuytren, à Bouillaud, pour ne citer que les illustres. D'autre part, on veut donner satisfaction à l'opinion publique, laquelle, d'ailleurs, ne renoncerait pas volontiers à cette consolation dernière : « Rendre quelqu'un responsable du malheur qui nous échoit »; dans ce cas, qu'on ait recours au projet plus ou moins modifié que présentait dernièrement un médecin distingué de la Somme, le docteur Surmay, de Ham.

Au résumé, qu'on constitue un Conseil de l'ordre, tribunal médical, qui connaîtra des litiges s'élevant entre médecins et clients; on peut affirmer qu'un pareil jury, quoi qu'on en ait, réunirait ces qualités aussi diverses que rares : compétence et intégrité, sagacité et honorabilité. Qu'on recrute parmi les « maréchaux » de la médecine pareil ordre, afin qu'il soit si haut placé que nulle considération mesquine ne puisse l'atteindre, et lorsque de tels procès viendront devant nos pairs, la vieille réflexion de Montaigne nous confiant que bien souvent « il advient de voir les médecins imputant les uns aux autres la mort de leurs patients » n'aura plus de sens; car le médecin ne sera plus à la discrétion d'un malveillant confrère; il échappera de même à une famille injuste en sa douleur; enfin, et par-dessus tout, justice ne lui sera pas rendue par des hommes liés de longue date avec le code Justinien et les Pandectes, mais peu familiers avec Paré et ses successeurs. Donc, répétons en guise d'épilogue : « Aux médecins, des juges médecins ».

* * *

Un mot, en terminant, de la présentation, pour la chaire de pathologie infantile, de M. le docteur Grancher, l'un des membres les plus justement estimés de notre Comité. Le jeune professeur appelé à succéder au regretté Parrot a déjà donné de si précieux gages de son talent, que ce serait faire longueur que d'évoquer le souvenir de cet humble laboratoire de Clamart, d'où sont

des ganglions sous-maxillaires, indiquent un envahissement considérable et font entrevoir une opération très grave. Néanmoins M. Polaillon se décide à intervenir en raison de la jeunesse du sujet et de l'état véritablement insupportable dans lequel il se trouvait.

Opération. — Comme l'opération doit être très étendue et qu'elle doit porter sur une région dangereuse par le nombre et l'importance des artères, les deux principaux troncs artériels sont liés préventivement.

29 juillet. — Après une nouvelle exploratinn très douloureuse et suivie d'un léger crachement de sang, le malade est endormi et M. Polaillon lie l'artère linguale du côté gauche, au lieu d'élection, avec un fil de catgut.

Sutures de la peau, drain. Pansement de Lister.

Rien d'anormal dans la soirée.

31 juillet. — Chloroformisation après administration de 2 grammes de chloral.

Ligature de la carotide primitive droite.

Incision partant de la commissure labiale droite jusqu'à l'extrémité supérieure de l'incision de la ligature. Le large lambeau circonscrit par ces deux incisions est détaché du maxillaire inférieur et abaissé. On met ainsi à nu les parties molles du cou et le rebord du maxillaire. Au moyen de plusieurs applications de l'anse galvanique, M. Polaillon enlève la base de la langue en laissant la pointe de l'organe adhérent par un mince pédicule. L'amygdale malade avec les parties voisines, puis les ganglions envahis sont ensuite enlevés avec l'anse galvanique et le thermo-cautère. Malgré la ligature préventive des artères, la plaie a donné du sang. On a dû lier plusieurs vaisseaux, entre autres la linguale droite et la faciale du même côté.

Sutures métalliques de la peau à partir de la commissure labiale de manière à reformer la joue. Introduction d'une éponge dans la vaste cavité opératoire. La langue est fixée à la commissure droite par une suture.

Spray pendant l'opération Lavages phéniqués de la plaie et pansement de Lister.

L'opération a duré deux heures. La chloroformisation, gênée par les manœuvres opératoires, n'a guère été complète qu'au début.

Suites. — Le soir, le malade est abattu, il a craché du sang presque toute la journée.

On le nourrit avec la sonde introduite par le nez.

Bouillon, vin, potion de Todd.

T. A. S. 40o.

1er août. — La nuit n'a pas été mauvaise. Un peu d'abattement le matin.

Pansement. — On enlève l'éponge qui est imprégnée d'une sanie infecte. Lavage de la bouche.

Ce matin, l'opéré a vomi son lait presque tout de suite après qu'on le lui avait donné.

Potion de Todd et extrait de quinquina. Lavement avec 1 gramme de chloral.

T. M. 37.8; P. M. 98; T. S. 38.6; P. S. 114.

2 août. — Nuit un peu agitée. Pansement. Odeur nauséabonde du liquide qui a servi à laver la plaie.

On enlève deux sutures à la plaie de la ligature de la linguale qui est réunie complètement par première intention.

L'introduction de la sonde œsophagienne est très pénible.

Vomissement le matin du lait qu'on venait de lui administrer.

Constipation.

Vomissement du bouillon et du vin introduits le soir par la sonde. Le tube provoque des nausées. On le fait passer par la bouche.

T. M. 38; T. S. 38.6; P. M. 90; P. S. 126.

Gargarismes avec de l'eau-de-vie.

Potion de Todd et extrait de quinquina.

Lavements de bouillon.

Une monoplégie brachiale gauche est survenue pendant la nuit.

Ce matin, la paralysie du bras est complète.

3 août. — La jambe gauche, qui était indemne hier, est affaiblie ce matin. Bert peut encore la remuer un peu, mais il ne lui est possible ni de la soulever, ni de la maintenir soulevée.

Pansement. Ablation de trois fils à la plaie de la joue.

L'introduction de la sonde œsophagienne est toujours bien pénible et provoque des nausées et des vomissements.

Le soir, la paralysie de la jambe est complète.

La sensibilité des membres paralysés est pervertie. De fortes excitations ne sont pas perçues. Cependant, au bout de quelques moments, le malade cherche à côté de sa jambe et sur sa jambe comme s'il avait eu la sensation de contact d'un corps étranger.

T. M. 37.8; T. S. 39.5; P. M. 98; P. S. 170.

Constipation qui persiste.

Gros râles muqueux qui embarrassent la respiration.

4 août. — La nuit a été mauvaise Des accès de suffocation se sont montrés, dus probablement à l'encombrement de la trachée par des mucosités.

Hier soir s'est brusquement montrée une rougeur limitée à la moitié gauche de la face. La peau était d'un rouge sombre, congestionnée, et tranchant nettement sur le teint ordinairement verdâtre du malade et sur la coloration du côté opposé. Cet état limité à la face a duré une heure environ et s'est éteint sans laisser de traces. Il était évidemment dû à des troubles vaso-moteurs.

---

sortis tant de travaux remarquables. Le titulaire de demain pourrait à bon droit répéter le *quorum pars magna fui* que chacun s'en va redisant en approuvant le dernier choix de la Faculté.

DUPLEX.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 16 décembre 1884 ont été promus dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Durand, médecin aide-major de deuxième classe, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les aides-majors de deuxième classe Gaillaud, Lorreyte, Froustey, Lestage, Gilles, Costera, Marche, Darrasse, Marunet. Lassalle, Gautier, Coustou, Dircks-Dilly, Le Bris, Bonnan, Laseau, Lafount, Scheffer, Agenmüller, Dubois, Lorrier, Hirigoyen, Estelle et Mery.

— Par décret en date du 16 décembre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les aides-majors de deuxième classe Lande, Baudrimont, Testut, Boursier et Solles (de Bordeaux), Boulier, Trolard, Sezary, Battarel, Caussanel, Gaussidou, Trabut, Moreau et Vincent (d'Alger).

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les aides-majors de deuxième classe Oyon, Fabre, Thomas, Guillein-bet, Moure, Berruyer, Dulac, Lasbats-Reillon, Labat, Courregélongue, Baudéant, Mauriat, Tourtelot, Blanchet, Sabourin, Joché, Jeudi de Grissac, Lasenture-Augé, Darroze, Auboin, Dupin, Cuq, Laurens, Jouanolou, Guénard, Lapeyronie, Quintâa-Ramounou, Blazy, Groc, Lacaze, Maisongrosse, Cadilhon, Sébileau, Pornier, Proust, Jornés, Jourdan, Guilon, Guiton, Lassalle, Laffitte, Toutan, Guémeni, Roy de Clotte, Cozalas, Dupois, Coustans, Coudraye-Rœseler, Camino, Durand, Demouche, Courret, Stéphann, Deshayer, Froidefond, Gabourin, Vouilemier.

* * *

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Le bureau de la Société de biologie est ainsi constitué pour l'année 1885 : président, M. Paul Bert; vice-président, MM. Hanot et d'Arsonval; secrétaires annuels, MM. Henneguy, Larcher, Blanchard et Vignal.

Pansement. La plaie de la face est réunie par première intention. On enlève encore 2 fils.

L'hémiplégie est complète et flasque.

Ce matin, le malade a gardé le lait qu'on lui a introduit par la sonde. Bagnols.

T. M. 37.4; P. M. 99;

Lavements de bouillon.

Bouillon, vin.

La sensibilité du côté paralysé est manifeste ce soir.

5 août. — P. M. 90; P. S. 115; T. M. 37 6; T. S. 38.

Pansement. Rien de nouveau du côté de la plaie.

L'alimentation par le tube se fait maintenant facilement. Il n'y a plus de vomissements.

L'état général n'est pas mauvais.

Le soir, douleurs vives dans la cuisse du côté paralysé; mais il est impossible de spécifier leur nature, le malade étant dans l'impossibilité de s'exprimer.

La paralysie motrice est toujours complète.

6 août. — Pansement. Le dernier fil de la suture est enlevé.

La plaie a très bonne mine. L'état général se maintient bon. Bert se sent de l'appétit et digère bien ce qu'on lui donne par la sonde : lait, bouillon, vin.

Plutôt de la constipation que du relâchement abdominal.

Les douleurs de la jambe persistent; il en est survenu d'autres dans le bras, au moignon de l'épaule. Application de liniment chloroformé.

Potion Todd et extrait de quinquina. Gargarismes à l'eau-de-vie. Lavement nutritif.

7 août. — Pansement. Même état.

8 août. — Pansement. Petit abcès à la partie moyenne de l'incision de la joue. Un fil d'une ligature a probablement provoqué cet abcès.

10 août. — Pansement.

Un abcès s'est ouvert à la partie la plus externe de l'incision de la linguale à gauche. Un fil en est-il sorti?

L'abcès de la joue suppure à peine.

Très bon état. Le malade a de l'appétit et digère bien. La chaleur accablante de ces jours derniers l'empêche seule de dormir.

Dès lors le malade alla de mieux en mieux.

Pansé tous les deux jours, il commençait à s'alimenter lui-même facilement, se levait toute la journée, restant assis dans un fauteuil; et, n'eût été son hémiplégie, il eût volontiers quitté l'hôpital. Cependant, à partir du 10 septembre, il toussait un peu et présentait quelques râles de bronchite dans la poitrine. Tout à coup, à la suite d'un accès de toux un peu plus violent que les autres, il fut pris le 16, à midi 20, d'une hémorrhagie par la bouche, hémorrhagie assez considérable pour nécessiter immédiatement la ligature de la carotide primitive du côté droit. Cette ligature fut pratiquée à 12 h. 30 par notre excellent collègue et ami Ricard.

En dix minutes, le malade avait eu le temps de perdre environ trois litres de sang qu'il rendait à pleine bouche. Quoique l'hémorrhagie eût cessé immédiatement après la ligature, et malgré les toniques et les reconstituants qui lui furent administrés, le malade succomba le soir à 9 heures et demie, après avoir présenté une paralysie du côté droit, paralysie accompagnée de douleurs atroces, accentuée surtout à la main, qui était complètement inerte.

Autopsie. — Pratiquée le 18 septembre 1884, 36 heures après la mort.

Thorax. — Adhérences anciennes très étendues et assez résistantes dans les plèvres.

Poumons. — Les scissures interlobaires sont masquées par la plèvre. Le parenchyme surnage et crépite. Sa consistance n'est pas modifiée.

Le péricarde n'est point adhérent; un peu de sérosité cadavérique.

Cœur. — (Poids 350 gr.) légèrement graisseux, surtout au niveau de la face artérielle.

A droite, il est dilaté; ses parois sont amincies. Le ventricule droit contient un caillot fibrineux de plus de six centimètres de long.

Valvules saines et suffisantes.

A gauche, caillots volumineux et noirâtres dans le ventricule gauche, léger épaississement le long du bord libre de la valvule mitrale.

Aorte saine et ne présentant, non plus que l'orifice aortique, trace de lésions.

Abdomen. — Les viscères abdominaux sont petits, et présentent une teinte blanchâtre anémique. Nulle part trace de généralisation cancéreuse.

Le cerveau. — Sur la face interne de l'hémisphère droit, et ayant détruit la circonvolution du corps calleux, on trouve au niveau du lobule paracentral, aussi bien que dans tout le lobule, une excavation de la dimension d'un œuf de poule remplie d'une matière blanchâtre, type de ramollissement. Lorsqu'on fait la section longitudinale de l'hémisphère, on voit que cette excavation se prolonge dans toute son étendue, réduisant la substance cérébrale à une sorte de coque plus épaisse à la partie inférieure et atteignant à la partie supérieure au moins une épaisseur de 2 centimètres environ.

A la face externe, les circonvolutions ont conservé leur aspect normal.

Hémisphère gauche intact.

Artères de la base saines et dilatées, sauf la sylvienne droite, qui contient un caillot très long qui l'obture complétement.

Pour conserver autant que possible les organes dans leurs rapports anatomiques, une incision est pratiquée dans la partie médiane des régions sus et sous-hyoïdiennes et le paquet formé par les organes des parties antérieures du cou est retiré en entier pour être examiné ultérieurement et à loisir.

Il est dès lors possible de se rendre compte :

1° Que l'amygdale n'existe plus.

Il s'est formé une cicatrice qui a accolé à sa place la face postérieure du pharynx;

2° Que la repullulation des éléments cancéreux s'est faite sur une grande étendue vers la bouche, le pharynx et le côté externe, si bien que toutes ces parties sont indurées et farcies de matières cancéreuses. Partout on trouve des ganglions lymphatiques dégénérés qui se prolongent jusque sur les carotides primitives.

Voulant ensuite nous rendre compte de l'état des vaisseaux, nous avons disséqué les gros troncs de la base du cou, et voici ce que nous avons trouvé :

A gauche. — Les carotides présentent leur apparence normale. La faciale paraît augmentée de volume; la linguale incisée se trouve brusquement interrompue au niveau de la ligature appliquée avant l'opération.

A droite. — La ligature de la carotide primitive, la dernière en date, est très bonne; elle se trouve à la partie moyenne du trajet de l'artère qu'elle ferme complétement; en amont d'elle, la lumière du vaisseau est obstruée par un caillot noir d'une longueur de 2 centimètres environ, qui ne se prolonge point jusqu'au tronc brachio-céphalique. L'origine de l'artère sous-clavière ne contient pas de caillots, ainsi qu'on aurait pu le supposer d'après la paralysie du membre supérieur droit notée dans les derniers moments de notre malade.

En aval de la ligature, le caillot se prolonge jusque dans la carotide interne qui est distendue. On conçoit par là que l'hémostase après la ligature ait été parfaite.

Si on suit le trajet de l'artère carotide primitive, on voit, à la hauteur de son sinus, s'ouvrir dans la cavité buccale un canal du diamètre d'une plume de corbeau, formé aux dépens des tissus du voisinage et dont la longueur est de 1 centimètre environ. Ce canal aboutit à une perforation de l'artère du volume d'une petite lentille

à peu près. C'est par cet orifice que s'est certainement produit l'écoulement sanguin.

D'autre part, lorsqu'on sectionne l'artère avec des ciseaux, on observe, au niveau de cette perforation, un rétrécissement du calibre de l'artère. C'est bien à ce niveau, en effet, que la ligature de l'artère carotide primitive droite a été faite avant l'opération.

De sorte que l'hémorrhagie nous paraît avoir été causée de la manière suivante :

Après la ligature au catgut appliquée sur la carotide primitive, ce vaisseau s'est trouvé oblitéré. Mais au bout de quelques jours l'anse de catgut s'étant résorbée laissa, dans le point où elle avait été appliquée, une paroi affaiblie par la section des tuniques internes. Peu à peu la perméabilité de l'artère s'est rétablie. En même temps, l'infiltration cancéreuse et l'inflammation suppurative gagnaient la paroi artérielle dans le point même où le fil avait été serré. Il y avait donc à ce niveau une paroi artérielle assez friable pour se rompre dans un effort de toux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques et à stroma embryonnaire, avec infiltration très étendue des tissus ambiants.

REVUE GÉNÉRALE

Premier compte rendu des résultats de l'enquête collective dirigée par un comité nommé par la Société de médecine interne de Berlin.

I. Hérédité de la tuberculose, par H. Oldendorff (1). — II. Sur la contagiosité de la tuberculose, par le docteur Meyerhoff (2). — III. Rapport sur les résultats de l'enquête collective concernant la curabilité de la phtisie tuberculeuse, par Leyden et Fraentzel (3). — IV. Passage de la pneumonie a l'état de phtisie, par A. Kalischer (4).

Nous avons parlé en son temps (Gazette médicale, 1883, nº 40, p. 474), de l'initiative prise en Allemagne par la Société de médecine interne de Berlin, en faveur d'une enquête collective destinée à faire la lumière sur un certain nombre de points relatifs à l'histoire de la phthisie tuberculeuse. A l'instigation de M. Vallin, la Société médicale des hôpitaux de Paris vient de suivre cet exemple, comme le savent déjà nos lecteurs. Il sera donc pour eux doublement intéressant de connaître les premiers résultats de l'enquête dirigée par la Société de médecine de Berlin. Ces résultats se trouvent consignés dans un quadruple rapport paru il y a quelques jours, et dont les titres figurent en tête de cette revue. La simple lecture de ces titres fait connaître les principaux points visés par l'enquête.

Ainsi qu'il va être procédé en France et comme cela s'était fait déjà en Angleterre sous le patronage de la British medical Association, un questionnaire, sous forme de fiches avec cases à remplir, avait été adressé aux médecins qui pratiquent sur le territoire allemand. Disons d'abord qu'en ce qui concerne le nombre des réponses parvenues au Comité d'enquête, à la date du 1er juillet 1884, le résultat obtenu jusqu'ici n'est pas très brillant. En l'espace de douze mois, environ 200 fiches avec réponses plus ou moins utilisables ont été retournées au comité d'initiative. Ces documents ont été triés avec le plus grand soin par les auteurs nommés plus haut ; les enseignements qui s'en dégagent ont été consignés dans les quatre rapports que nous allons tâcher d'analyser d'une façon aussi complète que possible :

I. *Hérédité de la tuberculose.* — 44 réponses, dont 20 sans valeur positive au point de vue de l'hérédité de la tuberculose. L'une d'elles, toutefois, mérite une mention spéciale.

Elle a rapport à une femme de 34 ans, de constitution débile, vivant dans une aisance relative, dont un frère était sujet aux hémoptysies. Cette femme a eu elle-même une première hémoptysie dans le cours de l'hiver 1879-80; en même temps on constatait l'existence d'un catarrhe d'intensité moyenne, au sommet droit. Après différents séjours dans des stations hivernales, la malade paraissait être débarrassée de son catarrhe et pouvait être considérée comme guérie. Puis, subitement, elle est prise d'un accès de fièvre, suivi d'une éruption d'érythème noueux à la joue et à la région labiale du côté gauche; des hémoptysies violentes, avec fièvre intense (41°,5) et collapsus terminent la scène. Il fut impossible de découvrir des bacilles dans les matières expectorées, à cause de l'abondance du sang rendu; mais ce qui ne paraît pas douteux au rapporteur, c'est que l'érythème était de nature infectieuse, occasionné par une immigration de bacilles dans la peau.

Les 24 fiches restantes ont trait à des cas de phtisie où l'intervention de l'hérédité paraît admissible, soit que le père ou la mère seulement, ou, en même temps que le père ou la mère, d'autres membres de la famille, parmi les ascendants ou les descendants, ou le père et la mère à la fois, ou les frères et sœurs seulement, aient été des victimes de la tuberculose.

Les renseignements fournis quant au sexe, à l'âge, à la profession de ces 24 malades ne présentent rien de bien saillant. Dix d'entre eux sont notés comme s'abstenant de l'usage des spiritueux et du tabac; onze autres faisaient un usage modéré de ces poisons. La plupart (22) vivaient dans de bonnes conditions d'alimentation; 8 habitaient de grandes villes, 6 de petites villes, 10 la campagne, et presque tous (20) séjournaient dans des locaux parfaitement sains. Sur ces 24 malades, 13 présentaient l'habitus phtisique depuis leur enfance.

En fait d'antécédents morbides, on trouve mentionnés : la chlorose, la scrofule, des catarrhes, la syphilis (une seule fois), la pleurésie (1 fois un an, 1 autre fois trois ans avant le début de la tuberculose), la pneumonie (3 fois, 1 fois onze ans avant l'apparition des premiers signes de la phtisie).

La localisation des premiers symptômes s'est faite :

Dans le sommet droit.	12 fois.
Dans le lobe inferieur droit. . .	1 »
Dans le sommet gauche. . . .	6 »
Dans les deux sommets. . . .	1 »
Tuberculose miliaire disséminée.	1 »
Localisation indéterminée. . . .	3 »

Dans 20 cas, on trouve signalée l'existence d'hémoptysies; des altérations de la voix dans 11 cas.

1 malade a guéri, 9 sont morts après une durée de la maladie très variable (3 mois à 15 ans).

Sur la question de savoir s'il existait des manifestations scrofuleuses dans les familles des malades, 8 réponses ont été affirmatives, 11 négatives.

L'âge des parents au moment de la conception se tient entre

(1) Zeitschrift für klinische Medicin, t. VIII, fasc. 6, p. 558, 1884.
(2) Ibidem, p. 572.
(3) Ibidem, p. 580.
(4) Ibidem, p. 592.

des limites très étendues (21 à 50 ans pour les pères, 18 à 42 ans pour les mères).

Les renseignements fournis sur la santé des parents portent :

Père et mère en vie (les deux, ou l'un, phtisiques) dans 3 cas.
Père et mère morts (l'un ou les deux, de la phtisie, dans un seul cas excepté) dans 10 —
Père mort, mère en vie, dans 8 —
Mère morte, père en vie, dans 3 —

Dans 2 cas, les parents étaient consanguins; dans 4 autres, ils étaient adonnés à l'alcoolisme.

(En somme, et malgré la satisfaction avec laquelle le rapporteur s'exprime sur la valeur des réponses obtenues, celles-ci n'éclairent pas d'un jour bien nouveau la question de l'hérédité éventuelle de la phtisie. Une contre-enquête s'attachant à rechercher les cas où la tuberculose frappe les parents sans toucher aux enfants faciliterait certainement la solution du problème. Il semble que ce côté de la question ait été totalement laissé dans l'ombre.)

II. *Contagiosité de la tuberculose* : 46 observations, dont 6 sans valeur. Les 40 observations qui restent (19 hommes, 21 femmes) se répartissent ainsi, quant à l'âge des malades :

De 0 à 10 ans	1
10 à 20 ans	2
20 à 30 ans	9
30 à 40 ans	11
40 à 50 ans	8
50 à 60 ans	6
Au-dessus de 60	3

Cinq de ces malades faisaient des excès de boissons. Dans aucun cas, on n'a noté l'influence de l'abus du tabac à fumer. La grande majorité de ces malades étaient logés dans des locaux sains.

Dans 23 cas, la contagion s'est exercée entre conjoints (11 fois du mari à la femme, 12 fois de la femme au mari). Un renseignement qui a sa valeur, c'est que des 23 personnes contagionnées, aucune n'était de souche phtisique. Dans trois de ces observations, il est dit que les enfants ont contracté la phtisie ; il n'est pas possible de déduire des renseignements fournis, si la phtisie chez les enfants a été le fruit de l'hérédité ou de la contagion médiate.

Le plus souvent, c'est peu de temps avant la mort de celui des deux conjoints qui était porteur de la contagion, que celle-ci s'est exercée.

Dans 4 des 17 cas restants, la phtisie a été contractée par des parents (une mère, 3 fois ; un père, 1 fois) au chevet de leurs enfants malades. Dans 4 autres cas, la contagion s'est effectuée dans des circonstances identiques, du frère à la sœur ou inversement. Dans 7 cas, il n'existait aucun lien de parenté entre les victimes (domestiques, garde-malades) et les porteurs de la contagion. Enfin un malade est devenu phtisique après avoir fait usage du lait d'une vache atteinte de la pommelière.

III. *Curabilité de la phtisie.* — 63 réponses, dont 6 inutilisables. MM. Leyden et Fraentzel, avant d'exposer les résultats du dépouillement des 57 réponses valables, font remarquer qu'il est très difficile de préciser les conditions exigibles pour que l'on soit en droit de considérer un tuberculeux comme définitivement et complètement guéri. La meilleure garantie réside dans la longue durée pendant laquelle le médecin se trouve à même d'observer le malade, et cette garantie existe suffisamment dans les réponses parvenues au comité. Ces documents ont trait à des malades qui ont été jugés guéris, parce que l'état général et la nutrition s'étaient relevés d'une façon durable, en même temps que les symptômes (toux, expectoration, fièvre, etc.) et les signes physiques en rapport immédiat avec la lésion pulmonaire avaient, en grande partie, disparu. Il est clair, ajoutent les deux rapporteurs, que des signes physiques, résidus d'un processus tuberculeux, peuvent subsister, alors que celui-ci s'est dépouillé de son caractère spécifique. Il est tout aussi clair, d'après cela, que le diagnostic de la guérison de la tuberculose ne s'appuyait que sur des présomptions chez les 57 malades (34 hommes, 23 femmes) en cause.

L'âge de ces malades était compris entre :

10 et 20 ans chez	12
20 et 30 —	22
30 et 40 —	12
40 et 50 —	8
50 et 60 —	3

22 comptaient des tuberculeux parmi leurs ascendants directs.

Des hémoptysies sont signalées chez 34 malades (24 hommes, 10 femmes).

La lésion siégeait dans le sommet gauche.....	41 fois.
— dans le sommet droit.......	25 fois.
— dans les deux sommets......	9 fois.

La durée de la maladie, comptée depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à l'époque de la guérison présumée, a été très variable : de moins de 1 an, 9 fois ; de plus de 5 ans, 7 fois ; de plus de 10 ans, 4 fois.

La disparition complète de la toux et de l'expectoration a été notée				46 fois
Id.	incomplète	Id.	Id.	11 —
Id.	complète des signes physiques.			16 —
Id.	incomplète	Id.		42 —
Id.	de tous les signes et symptômes.			16 —

Chez 37 malades (28 hommes et 19 femmes), ce résultat a été observé en dehors de toute médication active ; le traitement, dans la plupart de ces cas, s'est borné à un ou plusieurs séjours dans des stations hivernales ou balnéaires.

IV. *Passage de la pneumonie à l'état de phtisie.* — 14 réponses, 6 inutilisables. Les huit autres se décomposent ainsi :

Deux fois la phtisie a été l'aboutissant d'une pneumonie compliquée d'une pleurésie dont le développement remontait à un ou deux ans. L'un de ces deux cas est relatif à une femme de 47 ans, qui avait eu trois atteintes successives de pneumonie, en 1870, 1872, 1876. Vers la fin de l'année 1878, pneumonie aux bases et aux sommets, et pleurésie de chaque côté ; manifestations critiques après une durée de quinze jours seulement, et sans que la défervescence fût complète. En 1880, signes très nets de phtisie, avec terminaison fatale.

Six autres fois (3 hommes et 3 femmes), la phtisie a été précédée d'une pneumonie sans pleurésie.

La pneumonie, dans 4 cas, occupait le sommet gauche, une fois le lobe inférieur gauche, une fois le lobe inférieur droit. Dans les six cas, le début de la pneumonie a été marqué par un frisson violent, la maladie a évolué avec une fièvre intense ; dans 4 de ces 6 cas, les malades ont rendu des crachats rouillés ; dans un cinquième, les crachats, en même

temps que rares, étaient très visqueux; dans un sixième, rares et mélangés de sang. Dans ces deux derniers cas, les manifestations classiques de la pneumonie n'ont point fait défaut. Dans les six cas, la pneumonie a suivi une marche classique. Dans deux, elle a été suivie d'une période d'apyrexie de plusieurs semaines, à savoir : chez un mineur de 36 ans, mal nourri, la pneumonie s'était terminée au bout de deux semaines, par défervescence. La faiblesse persistait. Quelques semaines plus tard, la fièvre se rallume, le malade se remet à tousser; râles dans la poitrine, bacilles dans les crachats, fièvre hectique; mort environ sept mois après le début de la pneumonie. Le second cas concerne une femme de 29 ans; pneumonie du sommet gauche le 17 septembre 1871 (crachats rouillés); défervescence au bout de douze jours. Apyrexie pendant trois semaines. Dès le mois suivant, signes de phtisie pulmonaire (réapparition de la matité, hémoptysie); mort au mois d'avril 1880. Chez un boulanger, âgé de 24 ans, la pneumonie, après une durée de quatorze jours, se termina par *lysis*; puis survint une période d'apyrexie relative, traversée par des mouvements de fièvre passagers. La pneumonie avait débuté le 1er avril 1883; dans le courant de l'été, le malade présentait les symptômes généraux et les signes physiques (bacilles dans les crachats) de la phtisie pulmonaire.

Dans trois autres cas, les manifestations de la phtisie se sont déclarées immédiatement après la pneumonie. M. Kalischer veut bien convenir que ces trois observations ne sauraient être considérées, sans réserves, comme des exemples de transformation d'une pneumonie en phtisie, car dans les trois cas le foyer pneumonique occupait les sommets, de sorte qu'on peut toujours se demander s'il ne s'agissait pas d'une infiltration tuberculeuse aiguë.

Y a-t-il exagération à trouver que ces premiers résultats de l'enquête allemande sont loin d'être en rapport avec l'effort tenté? Serai-je présomptueux si j'ajoute qu'il en sera probablement de même pour les résultats de l'enquête française? Ces sortes de recherches collectives, louables au plus haut degré, se heurtent à des difficultés multiples et n'aboutissent en général qu'à mettre en évidence les bonnes intentions des promoteurs.

E. RICKLIN.

REVUE DES JOURNAUX RUSSES

LA COCAÏNE.

Les observations que nous allons passer en revue montrent, dans leurs traits généraux, une concordance complète avec les recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de la cocaïne qui ont été faites, dans ces derniers temps, en Allemagne, en France et en Angleterre. Cette concordance nous dispense d'une analyse systématique et détaillée et nous permet de nous borner à la relation de certains faits plus ou moins particuliers constatés par les auteurs russes.

DE L'ACTION LOCALE DE LA COCAÏNE SUR L'ŒIL, par J. KATZAOUROFF (WRATCH, 1884, n° 43). — ENCORE QUELQUES MOTS SUR LA COCAÏNE EN OPHTHALMOLOGIE, par J. KATZAOUROFF (WRATCH, 1884, n° 45).

En introduisant dans le sac conjonctival une petite parcelle d'une pommade de vaseline avec 5 % de cocaïne *pure* (de l'alcaloïde insoluble dans l'eau), Katzaouroff a obtenu les mêmes résultats que donne l'instillation des solutions aqueuses de chlorhydrate et des autres sels de cocaïne (analgésie et anesthésie, mydriase sans ou *presque sans* paralysie de l'accommodation), avec cette seule différence que l'ischémie de la conjonctive ne survenait pas. Cette circonstance s'explique par l'action irritante de la vaseline, qui agit comme un corps étranger et empêche la production du spasme vasculaire.

L'analgésie par la pommade de cocaïne à 5 % a été parfaitement suffisante pour pratiquer l'extraction d'un corps étranger de la cornée et une discision de la cataracte sur les deux yeux. Dans une troisième opération (extirpation du globe oculaire) où la même pommade fut employée, le malade ne ressentit, de son propre aveu, qu'une douleur insignifiante pendant les premiers temps de l'opération; mais le dernier acte (luxation du globe oculaire et la section du nerf optique) fut suivi d'une douleur très vive, quoique de courte durée. Dans les expériences suivantes, Katzaouroff essaya l'action d'une solution à 5 % de chlorhydrate de cocaïne et d'une pommade de *cocaïne pure* à 10 %. Avec la solution à 5 %, la mydriase survenait plus tard; elle était moins considérable et de plus courte durée que sous l'action de la pommade à 5 %. C'est la pommade à 10 % qui agit le plus sur la pupille : la mydriase commence après sept à huit minutes, atteint son maximum en vingt-cinq ou trente minutes et persiste plus longtemps que quand on fait usage de la pommade à 5 %. La pommade à 10 % produit aussi une paralysie plus considérable de l'accommodation et une diminution plus prononcée de la contractilité réflexe de la pupille sous l'action de la lumière que ne le font la pommade et la solution à 5 %. Enfin, dans ces dernières expériences, comme dans les précédentes, Katzaouroff a pu se convaincre que la dilatation de la pupille sous l'influence de la cocaïne se fait au commencement d'une manière irrégulière. Dans la majorité des cas, la dilatation débute par la partie inférieure, externe ou interne, de l'iris, les autres parties restant immobiles, ce qui donne à la pupille un aspect irrégulier; bientôt après les parties retardataires se dilatent aussi, et la pupille reprend sa forme parfaitement ronde.

DE L'ACTION DE LA COCAÏNE, par B. SPRIMONT (MÉDIZINSKOÏÉ OBOSRÉNIÉ, 1884, n° 20).

L'auteur (directeur du MÉDIZINSKOÏÉ OBOSRÉNIÉ) a employé le chlorhydrate de cocaïne à l'intérieur, à la dose de 15 milligrammes une ou deux fois par jour, contre une dyspepsie nerveuse dont il est atteint. L'effet a été très satisfaisant. Sous l'influence du remède, la difficulté du travail après les repas, la pesanteur dans la région de l'estomac et le mauvais goût dans la bouche disparurent complètement. L'auteur se sentit stimulé, fortifié. Mais il ne put jamais prendre plus de 15 milligrammes à cause de l'action purgative des doses plus élevées du remède. Alors il essaya les injections hypodermiques de 2 centigrammes; mais ce mode d'administration provoquait aussi (trois expériences) des selles abondantes, quoique sans douleurs, sans altération de l'appétit et de l'état général.

L'effet purgatif dépend, d'après l'auteur, de l'action de la cocaïne sur les muscles lisses des intestins dont la conséquence est une augmentation du péristaltisme. L'instillation d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0 dans le conduit auditif externe y produit l'ischémie et un abaissement de température de 1/2 0/0. L'ouïe n'est pas altérée. Un petit cris-

tal de chlorhydrate de cocaïne de 3 milligrammes, introduit dans le sac conjonctival, provoque en trois on cinq minutes la dilatation de la pupille. La mydriase peut devenir *maxima*. En faisant cette expérience sur lui-même, l'auteur put observer les phénomènes suivants : ischémie de la conjonctive, anesthésie de la cornée, mydriase considérable, protrusion du globe oculaire, ouverture plus large des paupières et disparition complète du blépharospasme qui se montre toujours chez l'auteur après une lecture prolongée. Une semaine après, le blépharospasme revint. Une nouvelle introduction dans le sac conjonctival d'une plus grande quantité de chlorhydrate de cocaïne — toujours en substance — produisit cette fois une mydriase tellement forte que le bord de l'iris était à peine visible; la conjonctive palpébrale devint complètement exsangue et l'auteur avait une sensation de froid dans l'œil. Le blépharospasme disparut immédiatement, les paupières s'ouvrirent largement, l'œil devint complètement anesthésique. L'influence sur l'accommodation était minime, et la vision n'était nullement altérée ; au contraire, la perception des couleurs devint plus vive que d'ordinaire. Après une injection hypodermique de 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne sous la peau de l'abdomen, la sensibilité s'émousse à l'endroit de l'injection. Pourtant ce phénomène n'est pas constant. Une injection de 3 centigrammes à l'avant-bras sur le trajet de l'artère ulnaire produisit chez l'auteur les changements suivants : après quinze minutes, diminution de la sensibilité algésique et thermique sur le bord ulnaire de l'avant-bras avec persistance de la sensibilité tactile; après vingt minutes, pâleur de tout l'avant-bras et de la main (surtout à la surface palmaire) avec abaissement de température de 0°,6.

LA COCAÏNE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL, par W. ANREP (WRATCH, 1884, n° 46).

Anrép fut le premier qui constata l'action anesthésique locale de la cocaïne. (Voir à ce sujet son article dans PFLÜGER'S ARCHIV., 1879, vol. XXI, p. 38). Cette fois, il se borne à la relation sommaire de quelques essais thérapeutiques qu'il a faits dans ce dernier temps avec la substance en question.

Dans les *gonorrhées aiguës* avec miction douloureuse, les injections dans l'urèthre de 8 à 10 grammes d'une solution de *sulfate* de cocaïne de 0,4 ou 0,9 % font disparaître la douleur à la miction suivante et suppriment pour quelque temps les envies trop fréquentes d'uriner. Les injections répétées (toutes les quatre ou cinq heures) paraissent accélérer la guérison de la gonorrhée.

La *photophobie* dans les iritis et les kératites cede facilement à l'action des bains prolongés (on ne baigne, naturellement, que les yeux) de solution de cocaïne à 0,2 ou 0,1 0/0.

Dans un cas de *pleurite aiguë*, une injection de 25 milligrammes de sulfate de cocaïne dans l'espace intercostal correspondant supprima, après dix minutes, le point de côté. Le malade put respirer à pleine poitrine. Cet effet dura pendant plus de deux heures.

Dans un cas de *névralgie intercostale*, les injections hypodermiques *in loco dolente* de 15 milligrammes de sulfate de cocaïne supprimaient toujours la douleur; mais elles restèrent sans action sur le cours de la maladie qui ne céda qu'à la cautérisation ponctuée au moyen de l'appareil de Pâquelin.

Dans trois cas d'*ulcères douloureux*, le badigeonnage des plaies avec une solution de cocaïne ainsi que leur saupoudration avec un mélange de cocaïne et d'une substance indifférente donnèrent un résultat très satisfaisant.

Ces mêmes badigeonnages et saupoudrations firent cesser pour plus de trois heures la *démangeaison* insupportable dans un cas d'*eczéma humide du scrotum*.

Le badigeonnage avec une solution de cocaïne de la muqueuse nasale dans le *coryza* diminue un peu la sécrétion, mais reste sans influence sur la maladie.

Dr W. HOLSTEIN.

BIBLIOGRAPHIE

CHIRURGIE DES ENFANTS. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades par le docteur L.-A. DE SAINT-GERMAIN ; recueillies et publiées par le docteur PIERRE-MERCIER.

Sous ce titre, M. le docteur de Saint-Germain vient de publier les leçons cliniques les plus importantes qu'il a faites à l'hôpital des Enfants depuis 1873. Son livre est essentiellement personnel et représente le résumé de sa pratique chirurgicale. Quiconque a entendu ses leçons ou suivi son enseignement au lit du malade y retrouvera la même clarté dans l'exposition, le même intérêt dans la narration des faits. On peut aussi imaginer sans peine les côtés auxquels l'auteur s'est attaché. Certes, il ne passe sous silence ni l'anatomie pathologique ni l'étiologie ; mais c'est surtout sur l'étude des symptômes, du pronostic et du traitement qu'il s'est étendu; il n'a pas voulu faire un traité complet des maladies de l'enfance, mais il a montré ce qu'il a vu. Ainsi, pour le traitement, il passe en revue les diverses méthodes, mais il n'expose avec détails que celle à laquelle il donne la préférence.

Nous ne pouvons parler ici que de quelques-uns des principaux chapitres. En première ligne se place l'anesthésie. Tout en en reconnaissant les dangers, M. de Saint-Germain en est un des plus chauds partisans, et il en préconise l'emploi non seulement dans toutes les opérations un peu importantes, mais aussi pour les explorations délicates de l'œil, de la vessie, de lésions osseuses profondes. Passons rapidement sur l'étude des anesthésies locales et abordons de suite le chapitre où il indique la manière d'administrer le chloroforme. C'est la méthode sidérante qu'il a adoptée; voici pourquoi. Repoussant la théorie qui fait de l'anesthésie chloroformique une asphyxie lente, il se rallie à la théorie de Bouisson (de Montpellier) qui l'explique par une action progressive sur les centres nerveux, et il est amené à conclure que l'anesthésie et la mort sont le résultat d'un même processus ; ce n'est qu'une question de limite à observer. En donnant le chloroforme à doses massives, on presse la succession des phases par lesquelles passe le malade; or il est inutile de prolonger indéfiniment la première période pendant laquelle de graves accidents, tels que la syncope, l'apnée, peuvent survenir brusquement. Tous les détails relatifs à l'administration du médicament sont minutieusement exposés, de même que les moyens de reconnaître que l'anesthésie est complète et ceux de parer aux accidents survenant au cours de l'opération. Le temps moyen qu'il faut pour endormir un enfant est de deux minutes; les limites ont varié de 15 secondes à 4 minutes 1/2.

Des chapitres intéressants sur les plaies, leurs pansements,

leurs complications nous conduisent à un sujet dont l'actualité est plus grande : c'est l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse. M. de Saint-Germain, se rattachant en principe à l'opinion de M. Lannelongue, qui fait toujours commencer la maladie par une ostéomyélite, ne l'accompagne pas dans les conclusions qu'il en tire pour le traitement et ne pense pas qu'on doive trépaner d'emblée tout os enflammé. Certes, cette méthode est précieuse et donne d'excellents résultats, mais elle est trop radicale ou du moins elle n'est pas applicable à tous les cas. En présence d'une inflammation osseuse aiguë, M. de Saint-Germain pratique une longue incision comprenant tous les tissus jusqu'au périoste, qu'il divise sur une étendue égale à celle de l'incision cutanée. Peu importe que le pus s'écoule ou non; cette intervention produit toujours un bon résultat, et, si la guérison n'est pas toujours obtenue, au moins les symptômes inflammatoires sont-ils amendés. On devra tenir une telle conduite dans les formes où, tout en admettant l'existence et même la priorité de l'ostéomyélite, c'est la périostite qui domine la scène. Dans les autres, au contraire, il faudra faire la trépanation, promptement, largement, en plusieurs points, s'il est nécessaire.

Les maladies articulaires, les tumeurs blanches, les affections des bourses séreuses font l'objet des leçons suivantes; mais les plus importantes à nos yeux sont celles que l'auteur a consacrées aux fractures, chez les enfants. Il passe les principales en revue, signale leur degré de fréquence et rectifie, chemin faisant, certaines erreurs accréditées sur ce point. Après la description de chacune d'elles, il indique le traitement auquel il donne la préférence ; suivant les cas, l'appareil à attelles, la gouttière plâtrée, la gouttière simple, l'appareil de Scultet, trouvent leurs indications ; mais pour les fractures de jambe et de cuisse, M. de Saint-Germain obtient de bons résultats d'un appareil à bandelettes de carton. A la cuisse, six de ces bandelettes, préalablement ramollies dans l'eau bouillante, sont appliquées au point fracturé, recouvertes seulement d'une bande roulée. Deux plaques de carton maintiennent en place l'appareil qui est fixé en outre par une bande silicatée. Très ingénieuse également est la disposition d'un appareil analogue pour les fractures de jambe. Deux attelles coupées en équerre sont placées en dedans et en dehors du membre, réunies en avant et au-dessus des orteils ; l'angle droit, tourné en avant, correspond au bord postérieur du calcanéum. La jambe d'une part, le pied de l'autre, étant maintenus par ces bandelettes après leur durcissement, on comprend que la consolidation à angle droit du pied avec la jambe puisse être obtenue, et on sait que c'est là le but vers lequel on doit tendre.

Les affections des yeux et en particulier les ophthalmies, les kératites, les cataractes de l'enfance, sont traitées avec soin ; il en est de même des grenouillettes. Les indications et les contre-indications de l'amygdalotomie sont discutées et fixées d'une manière précise. Pour la section des tonsilles, M. de Saint-Germain n'emploie jamais l'instrument de Fahnestock ; il se sert d'une pince et d'un bistouri à courbure spéciale : le manuel opératoire, les accidents et les moyens d'y remédier sont clairement décrits.

Nous avons hâte d'arriver à un point capital dans la chirurgie des enfants, à la trachéotomie. L'auteur retrace d'abord l'anatomie de la région du cou et donne les dimensions de la trachée aux différents âges, avec la mesure des diverses canules convenables. Il passe en revue les opérations autrefois pratiquées, la laryngotomie, la laryngo-trachéotomie, puis la trachéotomie. Il signale les divers procédés en usage et met en relief leurs avantages et leurs inconvénients. Enfin commence la description détaillée du procédé auquel il donne la préférence : la trachéotomie en un seul temps. C'est une narration pleine de verve et d'entrain : M. de Saint-Germain met en scène le malade, le médecin, la famille, n'oublie aucun détail ; la table d'opération, l'éclairage, les assistants, les instruments, chaque chose est à sa place et l'opération commence. Nous n'avons pas à insister longuement sur un procédé que tout le monde connaît aujourd'hui : le larynx, fortement saisi, est attiré en avant, le doigt indicateur gauche marque la limite inférieure du cartilage thyroïde. Immédiatement au-dessous, on plonge perpendiculairement le bistouri, dont la lame est limitée à 1 centimètre et demi de la pointe, jusqu'à ce qu'une sensation spéciale vienne apprendre que la membrane crico-thyroïdienne est divisée. Il faut alors sectionner en sciant le cricoïde et les anneaux de la trachée, puis on retire le bistouri. Un bruit caractéristique se produit et une bouffée d'air expiré s'échappe avec une pluie de sang. Un écarteur à deux branches est introduit et la canule mise en place. Les plus minutieux détails sont fournis et on peut suivre l'opérateur pas à pas. Faut-il ajouter que les soins consécutifs, la surveillance de la canule, le choix des gardemalades, l'alimentation, sont l'objet de recommandations particulières ? L'auteur donne enfin la meilleure preuve de l'excellence des règles qu'il pose en citant sa propre statistique qui donne 83 guérisons sur 329 trachéotomies. Enfin, dans un chapitre spécial, les accidents et les complications sont passés en revue, la valeur de la trachéotomie discutée et ce long et lumineux exposé se trouve résumé sous forme d'aphorismes qu'on ne saurait trop avoir présents à la mémoire.

L'espace nous manque pour parler des polypes, de l'empyeme, des hernies, etc.; mais nous ne saurions passer sous silence l'étude des abcès rétro-pharyngiens. S'appuyant sur des faits personnels et sur l'expérience de M. Labric, l'auteur nous en donne une description complète, précise et nouvelle sur bien des points ; il indique la manière de percevoir la fluctuation avec un seul doigt, la sensation particulière donnée par une dépression douce de la tumeur pharyngienne, sensation avec laquelle on doit se familiariser, car elle décidera l'intervention chirurgicale de laquelle dépend la guérison du malade. Une incision devra être faite le plus tôt possible, très bas et le plus près possible de la ligne médiane, au moyen d'un bistouri, à l'exclusion de tous autres instruments inventés dans ce but spécial, trocart, ciseaux, pharyngotome, etc.

Citons encore le traitement des déviations rachitiques chez les enfants. Rejetant les instruments dits ostéoclastes comme entachés de brutalité, M. de Saint-Germain essaye d'abord le redressement manuel. Si l'os ne cède pas, il pratique l'ostéoclasie manuelle ; l'os résiste-t-il encore, c'est à l'ostéotomie qu'il a recours. L'appareil contentif a la plus grande importance dans le succès de l'opération. C'est aux attelles de Sayre que l'auteur donne la préférence.

Tel est, trop sommairement résumé, ce livre dont la portée pratique n'échappera à personne. L'auteur n'a pas voulu refaire l'histoire banale de chacune des maladies qu'il décrit ; mais il a mis en relief tout ce qu'elles offrent de spécial chez l'enfant. La recherche constante du progrès, liée à un inaltérable bon sens clinique, rend ce livre précieux pour tous; mais surtout pour le praticien, qui y trouvera les indi-

cations cliniques les plus précises et aura ainsi un guide sûr pour venir en aide à son expérience personnelle.

Dr E. DESNOS.

NOTES & INFORMATIONS

LOGEMENTS INSALUBRES. — M. Levraud, au nom de la commission sanitaire, vient de proposer au Conseil municipal de Paris le projet de délibération suivant :

ARTICLE PREMIER. — Des feuilles (1) destinées au recensement des immeubles insalubres et conformes au modèle ci-joint seront imprimées par les soins de la préfecture de la Seine sur trois papiers de couleurs différentes correspondant aux trois catégories d'urgence (elles sont spécifiées dans le rapport susvisé).

Art. 2. — Ces feuilles de recensement seront réparties entre les vingt mairies de Paris pour être remplies par les soins des Commissions d'hygiène de chaque arrondissement.

Art. 3. — Ces feuilles ainsi remplies seront renvoyées par les soins des mairies à la préfecture de la Seine et à la préfecture de police pour les deux premières catégories, et à la préfecture de la Seine seule pour la troisième catégorie.

Art. 4. — Les deux préfectures devront agir après entente préalable, dans le plus bref délai, chacune dans la limite des attributions qui lui sont conférées par les lois, ordonnances, décrets et règlements.

Art. 5. — Une carte de Paris sera dressée par le service du plan de Paris, avec l'indication des points de la ville qui seront reconnus comme ayant atteint le maximum d'insalubrité.

— SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le règlement du service de santé en campagne, en application de la loi du 16 mars 1882, vient de paraître. Ce service sera dirigé : au grand quartier général, par le médecin inspecteur général ; dans chaque armée, par un médecin inspecteur ; dans chaque corps d'armée, par un médecin principal ; dans chaque division, par un médecin major. Quel que soit leur grade, les directeurs du service de santé sont agents responsables ; ils assistent au rapport journalier du commandement et jouissent de toute autorité sur le personnel des hôpitaux et des ambulances. Ainsi se trouve établie et réglée dans la pratique l'autonomie laissée au service de santé par la loi de 1882.

— ÉTABLISSEMENTS THERMAUX DE L'ÉTAT. — L'OFFICIEL du 28 décembre contient promulgation de la loi tendant à approuver l'adjudication prononcée en faveur de M. Lepaître, propriétaire à Clermont-Ferrand, des établissements thermaux de Bourbonne-les-Bains et de Néris.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Kresz (de Paris) et de M. le docteur Carre (de Montbard).

***

— Par décret du 30 décembre 1884, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Lortat-Jacob, médecin principal de deuxième classe.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Gavoy, médecin-major de première classe.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Duchêne, Charvot, Gils.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Godet, Follenfant, Debierre, Martin, Audiguier, Ferry, Torthe, Lejeune, Vack, Morer, Favier, Collignon, Rodet, Roblot.

***

LES CONCOURS DES HOPITAUX. — La séance annuelle de la proclamation des noms des lauréats des concours des hôpitaux et des nouveaux internes et externes devant entrer en fonctions le 1er janvier 1884 a eu lieu sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

PRIX. — *Première division*. — (Médaille d'or) : M. Richardière (Enfants-Malades). — Accessit (Médaille d'argent) : M. Babinski (Cochin). — Première mention honorable : M. Charrin (Lariboisière). — Deuxième mention honorable : M. Durier (Saint-Antoine).

PRIX. — *Deuxième division* (internes de 1re et de 2e année). — (Médaille d'argent) : M. Hallé (Beaujon). — Accessit (livres) : M. Hartmann (Trousseau). — Première mention honorable : M. Roger (Trousseau). — Deuxième mention honorable : M. Dubreuilh (Saint-Louis). — *Prix Civiale* (1,000 francs) : M. Lannois (Necker). — Le prix de *l'Externat* a été décerné à M. Joseph-Marie Arnould.

La séance a été terminée par les distributions des médailles de bronze que l'administration n'accorde qu'aux internes de 4e année et externes de 3e qui se sont fait le plus remarquer par leur zèle et leur dévouement pendant toute la durée de leurs fonctions.

***

COURS DE GYNÉCOLOGIE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE. — M. le docteur S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie clinique et opératoire le lundi 12 janvier 1885, à neuf heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Examen des malades le lundi, leçon à l'amphithéâtre le vendredi. MM. les étudiants en médecine, pour assister à ce cours, recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

— M. le docteur Armand Desprès reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité le mercredi 7 janvier 1885 à neuf heures un quart, et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

***

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Le bureau est ainsi constitué pour l'année 1885 : président, M. Vidal ; vice-président, M. Guyot ; secrétaire général, M. Desnos ; secrétaires des séances MM. Legroux et Barth ; trésorier, M. Moutard-Martin ; conseil de famille, MM. Bucquoy, Hérard, Besnier et Labric ; comité de publication, MM. Legroux, Barth, Desnos, Huchard et Robin ; conseil d'administration, MM. Martineau, Gingeard, Tapret et Voisin.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. le docteur Chevallier est nommé chef interne des hôpitaux.

***

(1) Le modèle de ces feuilles comprend les indications suivantes : 1° hauteur de la construction de l'immeuble et nombre d'habitants ; 2° état des cours ; 3° état des logements ; 4° escaliers, couloirs, etc. ; 5° fosses d'aisances ; 6° lieux d'aisances ; 7° eau, qualité et quantité ; 8° écoulement des eaux ménagères ; 9° profession, industrie ; 10° *autres causes d'insalubrité*.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau de bienfaisance vient de se terminer par la nomination de MM. Talamon, Ballet et Brault.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 21 au samedi 27 décembre 1884.

Fièvre typhoïde 11. — Variole 3. — Rougeole 20. — Scaratine 3. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 38. — Choléra 1. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 31. — Phthisie pulmonaire 177. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 56. — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 48. — Pneumonie 76. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 31, — au sein et mixte 18. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 86. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 49 — de l'appareil génito-urinaire 29. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1012 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'Agenda médical pour 1885, entièrement refondu, contenant : 1· Mémorial thérapeutique du médecin praticien, par le professeur Trousseau, le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine.

2· Mémorial obstétrical, par M. le professeur Pajot.

3· Formulaire magistral, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie et de thérapeutique.

4· Code médical et professionnel, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

5· Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger, par le docteur de Valcourt.

Plus un calendrier à deux jours par page, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs : la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et écoles préparatoires de médecine de France ; les écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc. Format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles. — Prix : Broché : 1 fr. 75 ; Cartonné à l'anglaise : 2 fr. ; Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille ; 3 francs.

Reliures diverses : n· 1. Maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier : 3 fr. 50 ; n· 2. Maroquin à patte avec crayon, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier : 3 fr. 75 ; n· 3. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en soie : 5 fr. ; n· 4. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse en maroquin : 7 fr. ; n· 5. Maroquin à patte avec crayon et petite trousse, avec fermoir en maillechort : 9 fr.

Cet agenda est envoyé à domicile sur la désignation du numéro que l'on désire. — Librairie Asselin et Cie, place de l'Ecole-de-Medecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

GYNÉCOLOGIE

POLYPE FIBREUX DE L'UTÉRUS A APPARITIONS INTERMITTENTES DÉFINITIVEMENT RÉTROCÉDÉ DANS LA CAVITÉ UTÉRINE ET FIXÉ PAR DES ADHÉRENCES. — ENUCLÉATION. — GUÉRISON, par le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de Lourcine (1).

Observation. — Augustine F..., 28 ans, tisseuse, entre, le 14 octobre 1881, salle Saint-Louis, numéro 16, hôpital Lourcine.

Réglée à 12 ans. Pas de coliques, pas de leucorrhée.

Accouchée à terme à 16 ans. Suites de couches normales. A 18 ans, elle a eu les fièvres intermittentes, contractées dans son pays (Orne). Vers le milieu du mois de juillet 1881 apparaît une syphilide papuleuse qui amène, trois mois après, la malade dans le service du docteur Martineau. Elle y est traitée par des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammoniacale, puis par l'iodure de potassium, etc

Mais d'autres accidents avaient déjà compromis la santé de la malade depuis quatre années environ. En effet, depuis cette époque, les règles avaient été très abondantes : l'écoulement sanguin, au lieu de durer deux à trois jours, se prolongeait pendant huit et neuf, constituant ainsi de véritables ménorrhagies. Entre les époques menstruelles, il n'y avait, au début, aucune perte de sang. A part quelques douleurs, localisées dans le flanc gauche, la malade n'a jamais beaucoup souffert.

Dans l'observation prise depuis le début du séjour à l'hôpital, et où l'on s'est surtout préoccupé de l'évolution de la syphilis, nous ne trouvons de renseignements au sujet du corps fibreux que depuis le 27 janvier 1882. On aurait ce jour-là constaté l'existence d'une tumeur dure au *niveau du col de l'utérus*. Après l'administration de l'ergot de seigle à la dose de 50 centigrammes et après une première séance d'électrisation, le polype se serait *rapproché de la vulve*, le col étant très dilaté.

Nous recueillons encore dans cette observation les renseignements suivants :

13 mai 1882. — Col aminci, polype proéminent; le doigt pénètre en haut dans le col et sent le point d'implantation ou d'adhérence du polype à la partie antérieure. En arrière, le polype est libre.

23 juin 1882. — Après des pertes abondantes combattues par l'ergot, l'hémorrhagie s'arrête. *Le polype est près de la vulve.* Douleurs expulsives.

Les jours suivants, le polype est moins apparent et l'état reste stationnaire.

9 décembre 1882. — On ne voit absolument pas le polype; le col paraît légèrement entr'ouvert.

Vers le 15 mars 1883, douleurs expulsives, perte de sang abondante. Mon collègue M. Martineau me confie alors le traitement de la malade. Au toucher, on sent l'utérus volumineux, distendu ; le col aminci est rempli par la tumeur qui dilate l'orifice selon les dimensions d'une pièce de deux francs environ ; l'index arrive sur la tumeur qu'il sent dure, arrondie et prête à sortir, mais l'hystéromètre introduit entre le col et la tumeur montre que celle-ci est adhérente de toutes parts.

Espérant provoquer l'expulsion du polype hors de l'utérus, à l'aide de longs ciseaux courbes, je débride le col des deux côtés jusqu'à l'insertion du vagin. Ergot de seigle, 1 gr. 50.

(1) La pièce et l'observation ont été présentées à la Société de chirurgie le 5 novembre 1884.

FEUILLETON

CHARLES NODIER NATURALISTE ET MÉDECIN. — SA THÉORIE DU CHOLÉRA.

En Charles Nodier, tout le monde connaît et apprécie les charmes du conteur et du poète Il n'est pas de bibliophile qui ne tienne en très haute estime les *Questions de littérature légale* et les *Mélanges tirés d'une petite bibliothèque*. Pour être moins étendue, sa réputation de philologue est aussi fortement assise, car on consulte souvent encore avec fruit le *Dictionnaire des onomatopées*, les *Essais de linguistique* et l'*Examen des dictionnaires*.

Par contre, le naturaliste est resté un peu dans la pénombre, et quant au médecin, il était complètement ignoré.

On sait que Gœthe aimait à se distraire, au milieu de ses créations poétiques, en travaillant à sa *Théorie des couleurs* et en faisant d'intéressantes études sur les métamorphoses des plantes. De même,

Si parva licet componere magnis,

Nodier garda le goût de l'entomologie jusque dans la bibliothèque de l'Arsenal. Et cependant cette passion l'avait saisi bien jeune. Dès 1798, à peine âgé de dix-huit ans, Nodier avait publié, à Besançon, un travail intitulé : « Dissertation sur l'usage des antennes dans les insectes et sur l'organe de l'ouïe dans ces mêmes animaux » (in-4°). Avant Duméril, Nodier avait donc décrit l'appareil auditif des in-ectes, et il se montra toujours jaloux de la priorité de sa découverte. Trois ans plus tard, il donna sa *Bibliographie entomologique, ou catalogue raisonné des ouvrages relatifs à l'entomologie et aux insectes, avec des notes critiques et l'exposition des méthodes* (Paris, in-8°, 1801).

Là s'arrêtent les travaux techniques publiés par Nodier en entomologie Néanmoins sa passion pour les insectes ne s'éteignit pas de sitôt. Jusqu'à ses dernières années, il enrichissait sa collection. Maints passages de ses lettres à Charles Weiss en témoignent. Ce goût si vivace pour l'entomologie se rattachait étroitement à son origine, avec le rôle que Nodier joua ou crut

Les jours suivants, perte de sang d'abondance moyenne, douleurs expulsives ; la tumeur qu'on ne sentait qu'à peine semble se rapprocher, l'orifice utérin est beaucoup plus dilaté, et il est facile de sentir la tumeur avec le doigt et de la circonscrire au niveau du col. Le ventre est souple, état général bon.

Néanmoins l'état local restant le même, malgré l'administration quotidienne de l'ergot de seigle depuis quinze jours, je renonce à l'espoir de faire sortir ainsi le polype et je procède à l'opération le 4 avril 1883. Celle-ci est pratiquée, la malade étant couchée tantôt sur le côté gauche et tantôt sur le dos, selon les besoins de l'opérateur. Le col utérin est d'abord fixé à l'aide d'une pince *tire-balle*, et un aide maintient l'utérus abaissé par une forte pression sur l'hypogastre. La tumeur, sur laquelle est constamment appliquée la main gauche tout entière introduite dans le vagin et servant de guide aux instruments, est détachée des parois utérines à l'aide de longs ciseaux courbes, de l'*énucléateur*, d'un long bistouri courbe, etc. L'implantation du pédicule paraît être sur le fond de l'utérus, vers la paroi antérieure de l'organe ; on parvient à le rompre par des torsions prolongées. Lorsque la tumeur est détachée de toutes parts, elle est complètement emboîtée dans la cavité interne ou elle roule sans pouvoir être extraite à l'aide des pinces des Museux qu'on y a implantées. Trop volumineuse pour franchir le col, elle nécessite de nouveau un débridement en avant et est ensuite *accouchée* avec un petit forceps appliqué au *détroit supérieur*. Son poids est de 150 grammes, son volume dépasse notablement celui du poing. Sa consistance est très dense. L'opération a duré environ trois quarts d'heure. Il y a eu peu de perte de sang.

Les jours suivants, rien de particulier dans l'état de la malade : ventre souple, non douloureux.

L'état général est bon, l'écoulement de sang assez abondant le 1er et le 2e jour. Ergotine, eau chaude, lavages intra-utérins matin et soir avec une solution phéniquée au 1/100°.

9 avril. — La température de l'atmosphère n'est guère que de 12o, pas de feu dans la salle (baraque) assez mal close ; la malade prend froid, frissonne ; on la fait passer, du service de M. Martineau où elle était restée (et où je la soignais), dans le mien le 10 avril 1883.

12 avril. — A midi, frisson très intense, tremblement généralisé, claquement de dents, le frisson dure deux heures ; immédiatement après, la température monte rapidement, sueurs abondantes, point de côté à droite de la poitrine, ventre sensible à la pression, augmenté de volume, vomissements qui se répètent deux ou trois fois ; le pouls est très fréquent.

13 avril. — Altération profonde de la physionomie, la respiration est gênée et augmentée de fréquence, le pouls est rapide et la température oscille entre 38o,6 et 39o,2. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression ; à la percussion de la poitrine matité à droite, râles crépitants à la base, respiration soufflante. On diagnostique une pneumonie.

14 avril. — Même état, nausées, vomissements, diarrhée très forte, incontinence des matières fécales, les râles crépitants et le souffle persistent toujours à la base du côté droit ; il n'y a pourtant pas de crachats caractéristiques.

16 avril. — Même état ; six sangsues sur le ventre du côté droit ; elles ont saigné abondamment, l'une d'elles ayant ouvert un vaisseau assez volumineux.

17 avril. — La malade est très prostrée ; elle se plaint beaucoup du ventre, qui est tendu et donne à la percussion un son tympanique. Pouls fréquent, petit ; la langue est sèche, chargée sur le milieu de matières noires, rouges sur les bords et la pointe. Deux ou trois vomissements dans la journée. Même état du côté du poumon. Pas de crachats. La diarrhée est toujours très forte et les matières s'écoulent presque incessamment.

18 avril. — Même état. La malade prend 3 potions de Todd par jour et 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Vin de Bagnols. Les vomissements ont cessé, les râles crépitants et le souffle gagnent le sommet du poumon gauche ; délire pendant la nuit. Devant cet état grave, je me décide à employer un moyen énergique de révulsion que j'ai vu réussir plusieurs fois entre les mains de M. Nonat, contre les péritonites puerpérales. Je pratique, avec le couteau du thermo-cautère, une série de raies de feu sur toute la longueur du ventre.

Le 22 seulement, on constate une amélioration sensible. Faciès meilleur ; la malade se sent beaucoup mieux. Ventre diminué de volume, moins tendu, dépressible, non douloureux à la pression. T. 38o. La diarrhée continue ; selles involontaires.

23 avril. — Le mieux se maintient. La température du soir monte cependant encore au-dessus de 39o.

26 avril. — Mieux très notable. Le ventre est presque revenu au volume normal ; diarrhée bien moins intense. Bouillon, viande crue.

27 avril. — La toux devient fréquente ; râles sous-crépitants des deux côtés, plus intenses à droite ; selles moins nombreuses et volontaires.

5 mai. — La malade, encore très faible, peut être considérée comme convalescente ; tous les symptômes morbides ont disparu.

Depuis lors, l'amélioration s'est rapidement accusée. Quand la malade est partie pour son pays, un mois après, elle était dans un état excellent, général et local. L'utérus était complètement revenu au volume normal ; les incisions du col étaient les seuls vestiges d'une maladie qui l'avait retenue près de deux ans à l'hô-

---

jouer dans un certain nombre de conspirations. Car Nodier fut aussi conspirateur ; et à côté des titres multiples de Nodier à la renommée, à côté de tous ces titres sérieux que nous avons énumérés, Nodier, par une étrange bizarrerie de sa charmante nature, semblait ambitionner plus que toute autre la gloire de conspirateur et de persécuté. Il a raconté sous bien des formes l'histoire et souvent le roman de sa participation aux conspirations, tant sous la Révolution que sous le Consulat. Il fut même emprisonné pour avoir, en 1803, publié une ode révolutionnaire, intitulée la *Napoléone*. Bientôt relâché, il reprit sa vie vagabonde, qu'il avait déjà menée lors de ses précédentes escapades. Durant ses pérégrinations à travers les bois et les champs, tandis qu'il fuyait les gendarmes réels ou imaginaires qui étaient ou qu'il pensait être à sa poursuite, il faisait la chasse aux insectes. Puis, la nuit venue, ce Werther de la politique cherchait un asile dans quelque cabane de paysan, ou « arrivait, ainsi que nous le raconte Mérimée (1) à un presbytère écarté. D'abord il se faisait connaître, exagérant les dangers qui le menaçaient, ceux mêmes auxquels il était contraint d'exposer ses hôtes. Alors s'engageait un combat de générosité où Nodier se laissait vaincre. Il soupait gaiement, dormait sur la paille, et repartait à l'aube, emportant les vœux et les bénédictions du bon prêtre. Après les curés, c'était aux médecins de campagne qu'il s'adressait d'ordinaire pour se donner ces scènes de roman, si souvent répétées qu'il avait fini par se croire le plus persécuté des proscrits. Habile à discourir sur la médecine, comme sur toutes les sciences qui s'y rattachent, il étonnait ses hôtes par l'étendue et la variété de ses connaissances. En les quittant, il leur laissait des plantes rares, des insectes curieux, et les engageait à faire des collections. Professeur nomade d'histoire naturelle, il a formé de nombreux élèves dans le Jura, qui se rappellent encore ses leçons, rendues plus attrayantes par le charme merveilleux de sa conversation et l'intérêt qu'excitait sa mystérieuse existence. »

Le goût de Nodier pour l'histoire naturelle remontait donc assez haut dans sa vie aventureuse. Et il le garda toute sa vie.

Dans une page de sa *Palingénésie humaine* (1), il a lâché la

(1) Discours de réception à l'Académie française, en remplacement de Nodier, 1845.

(1) Parue en 1832 dans la REVUE DE PARIS. Réimprimée dans

pital. J'ai eu de ses nouvelles trois mois après. La menstruation s'était régulièrement rétablie et la santé était excellente.

Je me bornerai à faire ressortir quelques points de cette observation :

Au point de vue de la *pathologie*, il y a là un exemple intéressant d'une variété rare de polype, et dont je n'ai pu retrouver un seul exemple dans les auteurs, sans doute parce qu'il n'est pas fréquent qu'un corps fibreux devenu aussi accessible que l'a été celui-ci ne soit pas enlevé de bonne heure. Les corps fibreux pédiculés à *apparition intermittente* sont bien connus, surtout depuis le mémoire du Dr Larcher. Mais généralement cette étape de la maladie est suivie d'une autre phase, où le polype demeure et se développe dans le vagin. Ici, au contraire, bien que sa présence au-dessous du col ait été souvent reconnue (27 janvier 1882, 13 mai, 23 juin), il a cessé d'apparaître à un certain moment (examen du 29 décembre 1882), tout en continuant à donner lieu à des accidents. Il a *rétrocédé* pour ainsi dire, a été sans doute fixé par un travail inflammatoire et a accompli dans la cavité utérine l'évolution qu'il eût faite sans cela dans la cavité vaginale. Ces *adhérences* de la surface de la tumeur avec le vagin ou l'utérus ont été souvent signalées par les anatomo-pathologistes. Ici il était facile de les sentir avant l'opération en promenant une tige métallique entre la tumeur et les parois utérines. Sur la pièce que je montre à la Société, on en voit distinctement les vestiges faciles à distinguer du point d'implantation du pédicule au sommet de la tumeur. En ce dernier point est une surface déchiquetée et rugueuse ; partout ailleurs la surface de la tumeur est lisse, bien qu'elle paraisse, par places, comme écorchée.

Au point de vue *opératoire*, je signalerai l'utilité de l'*instrument énucléateur* que j'ai fait construire par M. Collin et qui peut être employé dans tous les cas d'énucléation véritable de corps fibreux interstitiels (procédé d'Amussat). Je le préfère à celui de Sims, que j'ai figuré dans ma thèse d'agrégation sur l'hystérotomie en 1875. C'est une sorte de longue spatule, à bords mousses, légèrement courbée sur le plat de manière à agir obliquement sur les parois utérines qu'elle ne pourrait perforer ni blesser. Cette courbure a été calculée de manière à n'être ni trop faible — ce qui rendrait son bénéfice illusoire — ni trop forte — ce qui rendrait la manœuvre difficile.

Enfin, je désire présenter une dernière remarque à propos des suites de l'opération.

Tout accident septicémique a pu être évité grâce aux injections d'acide phénique portées directement dans la cavité utérine deux fois par jour. Pendant 4 jours, tout va absolument bien. Le 5e jour, la malade, exposée au refroidissement dans une baraque mal close, contracte une pneumonie. Dès le troisième jour de celle-ci, c'est-à-dire *huit jours après l'opération*, surviennent des phénomènes abdominaux graves qui menacent la vie de la malade. Cette péritonite est-elle une simple coïncidence ? Aucun lien ne la relie-t-elle à l'évolution de la pneumonie ? N'est-il pas rationnel, au contraire, de penser que l'inflammation du poumon et l'état général grave qu'elle a entraîné a pour ainsi dire déterminé l'*intolérance* tardive de la blessure utérine (*lieu de moindre résistance*) jusque-là si bien supportée par l'organisme sain ? Peut-on faire intervenir la théorie de l'*auto-inoculation* (Verneuil), et admettre que les matériaux phlogogènes puisés dans le poumon enflammé sont venus provoquer l'inflammation de l'utérus blessé et du péritoine pelvien ? Je pose ces questions sans les résondre.

Notons en terminant l'effet héroïque des émissions sanguines abondantes et de la réaction énergique produite par le fer rouge largement promené sur l'abdomen. J'ai la conviction que la malade a dû son salut à ce traitement en apparence si brutal.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ETUDE SUR LA RIGIDITÉ DU COL D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le docteur J.-A. DOLÉRIS, chef de clinique d'accouchement et de gynécologie.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Obs. XV. — Ce dernier fait est peut-être le plus contestable de tous. Il a été publié par le docteur Godefroy qui n'a pas songé un instant à mettre la syphilis en cause. Il n'y est point fait mention de sclérose cervicale, mais bien d'une agglutination des lèvres du col avec difficulté de reconnaître l'orifice. Je n'irai donc pas si loin que Mme Mesnard et je passerai outre.

bride à son imagination en cherchant à refaire l'homme dans un état plus parfait. Voyons ce que devient la physiologie générale sous cette plume magique. Son nouvel être, l'*être compréhensif*, ressemblera, dit-il, « à l'homme, comme l'homme ressemble aux animaux, auxquels il ne ressemble que trop, mais avec un développement d'organes dont nous ne pouvons imaginer l'étendue et la portée ; il aura tous les sens que nous avons observés dans le surplus des êtres créés, et une multitude d'autres qui nous échappent et qui sont réservés pour lui. La matière génératrice n'a besoin que de quelques modifications pour lui soumettre la nature. C'est si peu de chose qu'il n'y a pas le moindre effort d'esprit à faire pour le concevoir. Qu'elle ait la bonté d'entretenir, comme cela s'est rencontré dans quelques individus exceptionnels, l'ouverture du trou de Botal ; qu'elle maintienne dans tous, après la naissance, le mode de circulation qu'elle a établi dans la vie intra-utérine — et il lui en coûte bien peu, puisque ce n'est qu'un acte de conservation ; — qu'elle réduise l'usage de l'appareil respiratoire à une fonction facultative, ainsi qu'elle l'a fait dans les amphibies et les poissons, et voilà une créature nouvelle qui a conquis les profondeurs de la mer. Ne vous embarrassez pas de ses poumons presque inutiles et qui ne seront plus que l'organe d'une jouissance volontaire ; élargissez au contraire l'espace qu'ils occupent dans un torse vaste et solide, qui semble déjà destiné par sa conformation à les contenir comme la carcasse d'un navire aérien ; donnez-leur l'ampleur d'un aérostat, calculé sur le faible poids qu'il déplace pour s'élever dans l'atmosphère, et enveloppé, au lieu de son lourd parenchyme, d'une membrane élastique et docile : et l'être que vous venez d'inventer si facilement avec moi, traversera les airs dans toutes les directions qu'il lui plaira de parcourir ; non pas à la manière d'Icare, dont l'ajustement d'oiseau répugnait à toutes les possibilités de notre configuration physique ; non pas avec les quatre ailes de Mercure, que l'iconographie poétique avait mieux assorties à l'équilibre et au mécanisme de nos forces ; mais en faisant le vide à son gré dans son large viscère pneumatique, et en frappant la terre du pied, comme l'instinct de son organisme progressif l'enseigne à l'homme dans ses rêves ».

le Ve volume des *Œuvres de Charles Nodier*. Paris, Renduel, 1832, p. 377.

Rêves, oui assurément ; mais quel amusant rêveur que Nodier,

Maintenant, que conclure de ces faits dont le nombre, sans être important (15 cas en y comprenant ma deuxième observation et en retranchant celle de Godefroy), suffit, à mon avis, à une induction très positive ? Je l'exprimerai volontiers de la façon suivante : *La syphilis et, avant tout, le chancre syphilitique du col de l'utérus, évoluant pendant la gestation, sont de nature à modifier la marche normale du travail, en prolongeant ou même en empêchant la dilatation régulière de l'orifice utérin.*

La rigidité qui apparaît alors est la conséquence de la transformation scléreuse des tissus de la région cervicale.

L'inertie relative ou absolue de la matrice, observée dans différents cas, a été secondaire et amenée naturellement par la résistance anormale du col. Elle n'est pas constante d'ailleurs, car, dans plusieurs des observations, on a noté l'énergie persistante des contractions.

Il ne saurait être question de l'*âge* pour expliquer la dystocie dans les observations qui précèdent. Onze de nos malades avaient moins de 25 ans, une 19 ans, une 17 ans, une 27 ans et une seule 29 ans.

La *primiparité* et la *multiparité* ne peuvent être mises en cause, puisque la première de ces conditions n'est efficace comme élément de dystocie, d'ailleurs très contestable (on l'a vu au début de cette étude), que lorsqu'elle est associée à un âge avancé. La seconde, au contraire, serait une condition favorable à la marche du travail, à moins de grossesses antérieures très multipliées. Or je trouve 11 primipares arrivées à l'âge vraiment physiologique de la parturition et 4 multipares dont 3 secondipares et une tertipare jeunes toutes les quatre.

L'époque du travail est-elle pour quelque chose dans le retard des phénomènes physiologiques ?

Cette proposition ne me paraît pas soutenable. Nous savons en effet que, dans l'avortement et dans l'accouchement prématuré, une phase seulement de la première période est ralentie; c'est la phase d'effacement Mais, une fois celui-ci obtenu, l'orifice externe et les tissus de son pourtour, ramollis dès le début de la gestation, ne sauraient plus résister longtemps, encore que le segment supérieur du col et l'orifice interne, insuffisamment préparés, aient réclamé un temps plus ou moins long pour leur effacement.

Au reste, sept de nos femmes étaient à terme ; une à huit mois et demi, trois à huit mois, une à sept mois et demi, deux à sept mois, une à six mois et demi. Hormis cette dernière, qui répond à ma première observation, et dont les renseignements sont fort douteux, il faut bien reconnaître que les cinq restantes, qui ont accouché au huitième et au septième mois, se trouvaient dans des conditions qui d'ordinaire n'entraînent pas de lenteur même dans la période d'effacement. Ceci ne s'observe guère que jusqu'au sixième mois. Dans tous les cas, la dilatation n'est pas en jeu et dans l'étude présente il n'est question, je le répète, que de la dilatation.

Pourrait-on croire qu'il existait, à côté de l'influence des lésions syphilitiques, d'autres causes méconnues et capables de ralentir ou d'empêcher le travail ?

Cette critique s'adresse aux auteurs des observations. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'il faille supposer aux autres une insuffisance d'examen ou une incompétence que paraît justifier, en apparence, la négligence de certains détails d'observation bons, tout au plus, à surcharger inutilement le fait principal. En obstétrique, et surtout en matière de dystocie, ne point indiquer l'état du bassin par exemple n'implique pas l'idée qu'il existé une déformation. Je pense au contraire que, s'il n'est point question de ce point spécial, c'est qu'il n'a point fourni matière à une observation particulièrement intéressante. Là où l'anomalie n'est point relevée et indiquée, lorsque le cas rapporté émane d'un homme compétent et notoire, je crois qu'il n'y a pas lieu de la soupçonner pour s'en faire un argument contre des faits précis et exposés nettement, de honne foi et avec un sens scientifique judicieux.

Cette considération générale m'est suggérée par la pensée que, somme toute, la dystocie syphilitique, qui n'est guère acceptée, probablement parce qu'elle a été peu étudiée, pourrait laisser des doutes à certains; malgré que, à la lecture des observations, l'évidence de la cause et la logique des déductions et des conséquences, la constatation matérielle d'une lésion locale, avec son cortège d'altérations secondaires des tissus, saute aux yeux des hommes non prévenus. Je répéterai donc qu'entre le scepticisme de parti pris et la confiance aveugle dans la narration des faits, il y a place pour le doute méthodique, c'est-à-dire pour une investigation plus éclairée. Il est possible que, lorsqu'on aura recherché la *syphilis* dans tous les cas de *rigidité* prétendue *anatomique* du col, on soit fort étonné de rencontrer assez souvent, entre ces deux termes,

---

et quel admirable précurseur de Jules Verne il aurait pu devenir s'il s'en était donné la peine ! Il était capable de tant de choses ! Ainsi nous ne le connaissions pas sous le bonnet doctoral. Voici qu'il nous est apparu complètement médecin dans le recueil de lettres publié par M. A. Estignard sous ce titre : *Correspondance inédite de Charles Nodier* (1796-1844). Ce volume (1) ne renferme que des lettres adressées à son ami Cherles Weiss, le bibliothécaire de la ville de Besançon. Au moment où le choléra vient de nous faire une nouvelle visite, c'est presque un sujet d'actualité que de voir ce qu'on pensait du fléau en 1832, et en particulier ce qu'en pensait Nodier. C'est une théorie presque complète du choléra, depuis la pathogénie jusqu'au traitement. La citation est un peu longue, mais le passage est si curieux ! Et puis quel lecteur m'en voudrait de substituer à mon humble prose la prose de Charles Nodier ? La lettre est du 24 avril 1832, elle part de Metz, où Nodier est venu passer quelques semaines dans la famille de son gendre, M. Mennessier.

« ... Tu auras su avant ma lettre l'épouvantable mort de notre pauvre Colas, le bouquiniste de la rue de la Feuillade, dont le joli petit enfant a péri une heure après sur son cadavre, et dont la femme agonisait au départ du dernier courrier. Voilà tout ce que je sais.

« Le choléra est encore loin de Metz, et, s'il y vient, je ne pense pas qu'il y fasse beaucoup de ravages non plus qu'à Besançon, car il a peu d'intensité en province. C'est le fléau des grandes villes, une torche allumée pour incendier les nouvelles Persépolis. Je ne t'en dirai pas grand'chose sous le rapport médical, malgré l'autorité que tu accordes à mon doctorat (1). Les cholériques que j'ai vus ne sont pas atteints autrement que je l'ai été deux fois en ma vie, en Espagne et à Paris, mais le symptôme est

(1) Paris, in-8°, 1876.

(1) Faut-il voir dans ce mot une allusion à quelque passage de la lettre à laquelle il répond ? C'est probable. Car nous n'avons jamais lu que Nodier fût réellement docteur en médecine, et cependant nous avons compulsé bien des biographies, depuis la notice de Sainte-Beuve (*Portraits littéraires*, t. I, p. 441, 1er mai 1840) jusqu'aux deux articles que M. Emile Montégut a consacrés à Charles Nodier, conteur et romancier (REVUE DES DEUX MONDES, 1er et 15 juin 1882).

une relation étiologique réelle. D'*anatomique*, la rigidité deviendra dès lors véritablement *pathologique*. De même, on appréciera à leur juste valeur les rapports réciproques de l'inertie utérine et de la résistance de l'orifice; les rôles de l'une et de l'autre seront mieux déterminés et la thérapeutique n'aura qu'à y gagner.

Toutefois, il est bon de faire remarquer que, d'après les faits relatés dans ce travail, les atermoiements en matière de rigidité syphilitique ne servent pas à grand'chose, puisque sept fois on a dû recourir aux incisions multiples et toujours, sauf dans deux cas, à une opération destinée à terminer l'accouchement: forceps, perforation, version. L'inanité des bains, des douches et des saignées, voire de la belladone dans les cas où on n'a pas eu affaire à un spasme bien constaté, se trouvera naturellement expliquée.

Pour terminer, une dernière considération: *comment toutes les syphilitiques enceintes n'ont-elles point de rigidité du col?*

D'abord, dans nos observations, il s'agit de syphilis récentes, et ce n'est pas là un cas très fréquemment observé; car il n'est pas très commun de voir la maladie se contracter dans les deux ou trois derniers mois de la gestation. On voit au contraire beaucoup plus de femmes syphilitiques devenir et rester enceintes à la deuxième, à la troisième année de leur affection, ou plus tardivement encore, par la raison que si la syphilis survient dans les premiers mois de la grossesse, l'avortement se produit d'ordinaire, et c'est bien là le cas de répéter qu'alors la première phase du travail tout entière est prolongée, puisqu'à cette époque hâtive elle l'est, même en l'absence de syphilis.

Si la maladie est ancienne, il n'est pas démontré, et je ne prétends pas avoir prouvé, que le col doive être atteint par un processus tardif quelconque. Cela est peut-être très rare et, d'ailleurs, on n'en peut juger que d'après l'observation stricte et judicieuse des faits.

En second lieu, il me paraît essentiel que la rigidité syphilitique est liée au chancre du col, et, d'après la statistique de Fournier, nous savons que si le cas est possible et réel, il n'en est pas moins relativement rare. Mes observations portent, presque toutes, l'essence absolue de cette base diagnostique, car on a constaté l'induration ou l'ulcération indurée sur le col lui-même. Je l'ai suivie pas à pas dans le deuxième fait, qui m'est personnel.

Il faudrait, pour les cas en dehors de cette catégorie, prouver irréfutablement que les lésions secondaires du col peuvent, sous l'influence de la grossesse, évoluer dans la forme hypertrophique et sclérense. La déduction est fort logique, acceptée même, je l'ai discutée précédemment, mais en somme elle est encore hypothétique à défaut d'observations incontestables.

Enfin j'ajouterai que, même avec tout l'ensemble pathologique de la sclérose syphilitique du col, avec *cette rigidité, cette induration squirrheuse, cartilagineuse*, etc., qui a été relevée dans tous les cas rapportés et qui revient comme un calque fidèle dans toutes les observations, le travail régulier est encore possible. Des contractions énergiques viennent à bout de tous les obstacles. Elles déchirent les cols cancéreux, elles laminent les fibromes incarcérés, elles énucléent les tumeurs cervicales sous-muqueuses, elles font passer à frottement dur une tête volumineuse dans un bassin étroit, jusqu'à concurrence de lésions étonnantes des os fœtaux, etc... Elles peuvent donc surmonter les résistances d'un col modérément rigide.

Pour finir, je pense qu'un traitement antisyphilitique énergique institué à temps et suffisamment prolongé est probablement la meilleure garantie prophylactique contre les difficultés futures de l'accouchement, bien que cette garantie ne soit pas absolue. Du reste, la thérapeutique spécifique s'impose à d'autres titres.

REVUE GÉNÉRALE

L'OPÉRATION D'ALEXANDER. : RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS POUR LA CURE DE LA RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.

S'il est une affection tenace et décourageante pour le médecin, c'est la rétroflexion utérine avec ou sans rétroversion. Lorsqu'on a suivi pendant quelque temps un service de gynécologie, on est effrayé du nombre de cas de ce genre qu'on y voit, et surtout de la gravité des accidents qui les accompagnent; non pas que les complications mortelles, que les

---

si variable dans les récits qu'on en fait, qu'il faut le regarder comme une affection *sui generis*, dont le foyer est inconnu et le sera peut-être toujours. Mon avis est, jusqu'ici, que c'est une affection pneumonique, qui résulte de l'atrophie subite des organes respiratoires et de leur incapacité à décomposer l'air atmosphérique pour en séparer l'air vital (1). Je persiste à croire, comme je le disais dès son apparition en Europe, que l'oxygène, administré à grandes doses, est son remède héroïque. Ceci n'est que théorie, mais l'empirisme vient à l'appui, si l'on a reconnu que les malades traités *oxygénement*, c'est-à-dire par des stimulants énergiques, échappaient à la mort en plus grande quantité que les autres. Or cela est incontestable. Les décoctions de plantes vireuses, chargées d'esprits, sont très recommandées. L'opium fait des merveilles. L'éther est souverain, et je ne voudrais pas d'autre spécifique pour mon usage. Mon amie, Mme la comtesse de Bazaine, que tu as pu voir à l'Arsenal, s'est guérie à Pétersbourg avec de l'eau-de-vie forte, dont elle buvait pour la première fois. Il est bien entendu que l'intensité des doses prescrites doit se modifier suivant l'âge et la constitution du malade, car je n'ai pas besoin de te dire que les excitants outrés sont les plus dangereux des débilitants. Les ivrognes succombent et doivent succomber, par la seule raison qu'ils ont le système absorptif oblitéré et qu'ils manquent d'ailleurs de la réaction du cerveau. Je te recommande, pour ton régime hygiénique, le thé et le café pris modérément, c'est-à-dire au-dessous du degré où ils exercent une action narcotique sur ceux qui en font excès. Le chlore est très bon désinfectant, mais de très peu d'effet, je suppose, dans une maladie qui paraît tout à fait étrangère à la constitution de l'atmosphère. Il ne doit être employé d'ailleurs que dans des lieux vastes et aérés, comme les rues ou les salles d'assemblée. Il deviendrait mortel dans les chambres, sur les personnes à poumons délicats, quoiqu'on l'ait employé avec un succès apparent dans des cas de phthisie, où il agit comme l'eau qui jaillit du boyau grêle d'une pompe sur un foyer d'incendie qu'elle n'éteint un moment que pour le rendre inextinguible. Ce

(1) A propos de ce passage de chimie physiologique, rappelons qu'en 1823 Nodier avait déjà abordé la chimie en publiant son *Essai critique sur le gaz hydrogène et les divers modes d'éclairages artificiels* (in-8). Ce travail fut fait en collaboration avec Amédée Pichot, qui, lui, était un très authentique docteur en médecine.

épisodes dramatiques soient à craindre; mais c'est la souffrance constante, l'inaptitude aux travaux journaliers et à la moindre fatigue, l'existence arrêtée, en un mot, qui clouent ces malheureuses infirmes du ventre, comme on les a appelées, dans un lit d'hôpital. Pour les classes aisées, les conséquences ne sont pas moins navrantes : la menstruation douloureuse, la difficulté des rapports conjugaux, qui amène bientôt la répugnance, les périls de la gestation : tels sont les résultats qu'entraînent le plus ordinairement les déviations utérines.

Or, pour lutter contre cette maladie, les moyens nous manquent; on a essayé successivement une infinité de procédés de contention, dont l'action faiblement palliative n'arrive qu'à atténuer quelques-uns des accidents. Les pessaires, les redresseurs intra-utérins, les ceintures, sont des ressources bien insuffisantes. Aussi a-t-on de bonne heure cherché à agir d'une façon définitive par des opérations.

Le but qu'elles se sont proposé jusqu'à présent est de provoquer des adhérences ou un tissu cicatriciel qui attirent l'utérus en avant, soit par la rétraction des parois vaginales, soit par la rétraction des fibres mêmes de l'utérus. Amussat, un des premiers, faisait adhérer le col aux parois vaginales par des cautérisations.

Abeille, Simpson, et bien d'autres, ont plus ou moins modifié cette opération, sans grands avantages.

Il ne faut donc pas s'étonner si, avec la sécurité que donnent les procédés chirurgicaux modernes, on est arrivé à tenter une opération dont nos voisins les Anglais ont déjà une certaine expérience.

M. Alexander, de Liverpool, a proposé de pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds, de façon à attirer le fond de l'utérus en avant ou en haut et à le maintenir dans cette position, soutenu qu'il est par la sangle ainsi formée.

Nous ne donnerons pas ici d'appréciations sur ce procédé opératoire. M. Reid, de Glasgow, qui réclame la priorité de cette opération pour le docteur Adams, également de Glasgow, a fait une communication à la « British medical Association », dont nous publions plus bas une traduction littérale: on y trouvera le détail complet de l'opération.

Nous reproduisons à la suite quelques observations que cette communication a inspirées aux membres de l'Association et à son inventeur lui-même, le docteur Alexander.

« Le 1er novembre 1883, l'opération fut pratiquée sur une femme de 33 ans, affectée d'une rétroversion utérine entraînant des douleurs lombaires et ovariennes avec dysménorrhée, mictions fréquentes et impossibilité de la marche. Ces troubles duraient depuis dix ans et avaient résisté à tous les traitements.

Le pubis est lavé avec de l'eau phéniquée et l'opération pratiquée sous la vapeur phéniquée.

L'incision, partant de l'épine du pubis, se dirige à gauche, en haut et en dehors, sur une longueur de 2 pouces (5 centimètres), jusqu'au-dessous du tendon du muscle oblique externe. L'orifice inguinal externe est découvert, et les tissus qui en sortent, ramassés sur une aiguille à ligature, sont pris avec les doigts. On ne peut les attirer en dehors qu'en exerçant sur eux une traction considérable. On les saisit alors avec une pince à larges extrémités, et on les dégage des tissus environnants à l'aide du bistouri. On tire ainsi jusqu'à ce qu'on voie apparaître le ligament rond. La même opération est pratiquée du côté opposé.

Un cathéter est alors introduit dans l'utérus et sert à faire basculer cet organe en avant tout en le remontant jusqu'à ce qu'il occupe sa position normale. On tire alors sur les ligaments ronds jusqu'à ce qu'ils semblent fixer l'utérus; ils sortent alors de deux pouces (5 centimètres) de chaque côté. Trois fils de catgut assez forts sont passés à travers les piliers de l'anneau et transpercent le ligament : le nœud n'est pas très serré. Les bouts des ligaments sont repliés dans la plaie et les bords de la plaie cutanée réunis par des sutures par-dessus un tube à drainage.

Pour soulager la tension des ligaments, on laisse un pessaire à demeure.

Le pansement de gaze et d'ouate est maintenu par un bandage élastique.

Les pansements ultérieurs sont faits sans précautions antiseptiques, dans l'intention d'obtenir un tissu cicatriciel plus solide en permettant à la suppuration de se produire.

La malade se lève le vingt-sixième jour sans qu'il y ait eu d'accidents. Elle continue à porter un pessaire pendant un mois.

Lorsqu'on l'examine, six mois après, on trouve l'utérus dans sa position normale, quoique le cathétérisme montre la persistance de la rétroflexion. Les symptômes fonctionnels

---

sont de ces moyens curatifs qui révolteraient le bon sens d'un sauvage. Le camphre n'est pas moins dangereux, à cause de ses facultés stupéfiantes, car le plus grand des préservatifs contre le *choléra*, c'est l'énergie de l'esprit, et ce qu'il tue le plus généralement, ce sont les sots.

« Puisque je suis allé si loin, contre mon intention, sur cette matière qui paraît t'occuper plus qu'elle ne mérite d'occuper un sage, il ne me sera pas désagréable que tu causes avec Barrey, qui lira distinctement dans ma pensée. Dis-lui donc ceci de ma part en l'embrassant pour moi.

« Jamais la médecine n'a été aussi inepte qu'elle l'est maintenant en Europe, et particulièrement en France. On croirait que l'esprit de dérision qui se joue du monde a envoyé à plaisir sur la face de la terre un accident un peu anormal pour défier les insolentes bravades de la science, et ce sera un étrange sujet de dérision pour la postérité perfectionnée, si elle se perfectionne, que les doctrines pathologiques d'une époque d'omniscience où le même accident morbifique a subi cinq ou six traitements différents et en contradiction dans le même hôpital. N'est-il pas surprenant qu'on en soit venu, au dix-neuvième siècle et deux ans après la révolution de Juillet, à ne savoir désigner une maladie que par un de ses caractères? Le *choléra* est un symptôme et rien autre chose. Pourquoi pas *coma?* Pourquoi pas *spasma?* Pourquoi pas *sideratio?* Je vais te dire pourquoi, c'est qu'ils ne savent pas ce que c'est. Le choléra est une asthénie complète du poumon, d'où résultent l'asphyxie conséquemment et la mort. C'est la mort de mort, la mort d'Adam, et je ne te dirai pas d'où elle vient, mais elle sera très commode un jour pour en finir de l'espèce humaine, au milieu de ses écoles, de ses académies, de ses bocaux, de ses cucurbites, de ses savants et de ses cruches. En attendant, tiens-toi en joie et, si tu as de bonne absinthe de Neufchâtel, mêles-en une fois par jour un petit verre dans de la bonne eau du Doubs, et dîne après cela d'une viande peu cuite et d'une bouteille de vin généreux. Réserve la menthe poivrée, dûment sucrée et alcoolisée, pour une meilleure occasion. C'est le premier des remèdes après l'éther. »

N'est-ce pas que cette théorie du choléra méritait à plus d'un titre d'être reproduite? Et n'est-il pas curieux de voir Nodier proposer, dès 1832, comme moyen thérapeutique, l'oxygène, et cela par intuition pour ainsi dire? C'est le cas de répéter une fois de plus le *Nil sub sole novi*. Quelques mois plus tard, le 21 juillet

ont presque complètement disparu ; la marche prolongée est facile ; il ne reste que des signes de la métrite qui persiste. »

Nous avons rapporté cette observation en entier, parce qu'on y trouve le détail complet de l'opération et des résultats obtenus.

Les deux autres cas rapportés par M. Reid renferment, à peu de chose près, les mêmes développements, avec des résultats un peu moins satisfaisants, ce qui est dû peut-être à l'ancienneté de l'affection et aux lésions périphériques.

L'expérience a permis à l'auteur de modifier son manuel opératoire et de donner les conclusions suivantes :

1° Il est inutile de se priver des avantages de l'antisepsie, et préférable d'obtenir une cicatrisation aussi prompte que possible.

2° La portion du ligament rond attirée au dehors ne doit pas être repliée dans la blessure, mais excisée. Solidement fixée par les ligatures, tandis que l'utérus est supporté par un pessaire, l'extrémité libre ne court aucun risque d'être attirée dans la cavité abdominale, et contracte rapidement des adhérences.

3° On arrive plus facilement à sentir avec le doigt le bord de l'anneau inguinal et à sortir l'extrémité du cordon, en se tenant du côté que l'on est en train d'opérer.

4° Contrairement à la recommandation du docteur Alexander, M. Reid trouve qu'il est plus facile d'isoler le ligament rond en le saisissant avec une pince à mors larges. Dans un cas où il s'est servi des doigts, le ligament s'est rompu, et il dut aller le chercher en ouvrant le canal inguinal.

Dans une même séance de la « British medical Association », M. George Elder (Nottingham) rapporte un cas de la même opération, dont le résultat est des plus satisfaisants.

M. Burton (de Liverpool) a pratiqué depuis un an treize ou quatorze fois l'opération d'Alexander : onze ou douze fois pour des rétroflexions, une fois pour un prolapsus utérin avec cystocèle chez une vierge, une fois pour un prolapsus complet chez une femme âgée. Les résultats ont été tels qu'il regarde cette opération comme complètement indiquée dans tous les cas où les moyens de contention ordinaires sont sans effet. Si M. Reid a eu des résultats incomplets, c'est qu'il a eu affaire à des cas très anciens où des conditions morbides de l'utérus accompagnaient le déplacement ; ces lésions ne pouvaient disparaître de suite, et nul doute qu'il ne les voie s'amender à la longue. Dans tous les cas qu'il a eus, sauf dans trois, il a obtenu la réunion par première intention. Une fois, il s'est produit une hémorrhagie secondaire trente-six heures après l'opération par eschare de l'extrémité coupée du ligament ; aussi a-t-il coutume depuis de ligaturer le cordon avant d'en réséquer l'extrémité.

L'auteur du procédé opératoire, le docteur Alexander (de Liverpool), présent à ces communications, demande à éclairer quelques points relatifs à l'opération :

1° Les ligaments ronds ont une structure délicate et sont difficiles à trouver ; ce sont là deux conditions qui peuvent faire échouer des chirurgiens et vis-à-vis desquelles on ne saurait trop prendre de précautions.

2° Il faut que l'adhérence des ligaments à la cicatrice soit complète avant qu'il soit permis aux malades de se lever. Aussi faut-il les laisser longtemps au lit, quel que soit l'état extérieur de la plaie, sous peine de perdre tous les bénéfices de l'opération ;

3° Cette opération a pour but de replacer l'utérus dans sa position normale et de l'y maintenir. Il n'est jamais entré dans la pensée de l'auteur de promettre par ce moyen la disparition des symptômes nerveux que l'on suppose en rapport avec le déplacement, pas plus que la cure de la cystocèle ni de beaucoup d'autres maladies, comme on a semblé le croire.

On voit, par ce court aperçu, que l'opération d'Alexander a déjà donné des résultats effectifs en Angleterre. Les déplacements utérins s'accompagnent trop souvent de lésions utérines et péri-utérines pour qu'on puisse espérer voir disparaître subitement, grâce à elle, tous les troubles fonctionnels qui les accompagnent. Mais quand on voit l'inefficacité des moyens que nous avons à notre disposition pour agir sur cette affection, on doit s'empresser d'accueillir et d'expérimenter un procédé dont les indications semblent rationnelles et les dangers aussi minimes que possible.

RAYMOND DURAND-FARDEL.

1832, Nodier, rentré à Paris, écrivait encore quelques lignes sur le choléra. Les voici :

« ... Tu sais que la mort marche vite dans ce pays-ci, et moi je sais qu'elle va atteindre le nôtre, car les *cholaïm eraïm*, qui sont, par parenthèse, la même chose que le *cœli ira*, n'épargneront personne. Si une heureuse rencontre veut que le choléra se retire de Paris au moment où il arrivera dans nos murailles, ne manque pas de venir aussitôt, tu auras peut-être plus d'une personne à consoler.

« Ne t'imagine pas d'après cela que je sois plus malade qu'à l'ordinaire. J'ai la monnaie du choléra, c'est-à-dire tous les symptômes un à un ; mais il n'a pas encore osé me prendre au collet de sa personne, quoique ce soit un rude adversaire... »

Nodier vécut encore jusqu'au 27 janvier 1844. Il était né à Besançon le 29 avril 1780 (1).

Dr ALBERTUS.

(1) Quelques biographes le font naître en 1783. Nous préférons, pour plus d'une raison, adopter la date donnée par sa fille, Mme Mennessier-Nodier, dans son livre sur *Charles Nodier*, Paris, 1867.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté ministériel du 20 décembre 1884, ont été nommés : M. le docteur Taule, inspecteur des Enfants-Assistés, directeur de l'asile clinique Sainte-Anne ; — M. A. Barroux, ancien interne des asiles de la Seine, directeur de l'asile de Villejuif ; — M. le docteur Briant, ancien interne des asiles, médecin adjoint de l'asile de Villejuif, médecin en chef de cet asile.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 décembre 1884, M. le docteur Gilson, chef de la clinique de pathologie mentale, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, est compris pour la deuxième classe du cadre.

— M. le docteur Dubuisson est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Marcel Briand.

— M. le docteur Albert Josias, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à la Santé, en remplacement de M. le docteur de Beurmann, dont les fonctions sont expirées. — M. A. Josias est nommé pour deux ans.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE, par le docteur BERNE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Deux forts volumes chez Masson, éditeur, 1883.

Il faut savoir gré à M. le professeur Berne de la publication de son ouvrage. Nous manquions en France d'un travail d'ensemble, d'un *traité* relatif aux sujets qu'il embrasse. L'ancienneté du premier volume de notre grand ouvrage classique de chirurgie, rédigé par Follin et Duplay, le peu d'étendue que ces questions occupent dans les autres manuels ou traités publiés depuis, privent les élèves de tout guide dans cette difficile étude de la pathologie générale chirurgicale. Et cependant, on le sait, il n'en est pas qui soit plus à l'ordre du jour, depuis la vigoureuse impulsion qu'elle a reçue des travaux contemporains. Si nos connaissances se sont simplement accrues sur certains points, il en est d'autres où elles ont été complétement transformées; qu'il nous suffise de citer l'inflammation, la septicémie, le pansement des plaies, l'influence des diathèses sur le traumatisme, les tuberculoses locales, la classification des tumeurs, etc. Pour se mettre au courant de la science, l'élève où le médecin qui ne connaît pas les langues étrangères est obligé de recourir à une foule de monographies éparses dans les journaux et les dictionnaires. Désormais il pourra trouver réunies en un corps de volume les principales conclusions de ces documents.

M. Berne nous indique lui-même dans sa préface l'esprit qui a présidé à son ouvrage: « Nous n'avons voulu, dit-il, publier ce livre qu'après de nombreuses années d'enseignement. Un tel œuvre est en effet un travail de vulgarisation, et, pour qu'il soit aussi complet que possible, il faut du temps pour bien connaître le mouvement scientifique et acquérir un esprit critique plus judicieux..... » On pourrait s'attendre, d'après ces lignes, à voir une grande place accordée à la discussion des opinions et des théories. Il n'en est rien pourtant. Le plus souvent, l'auteur s'est modestement réduit au rôle de narrateur fidèle, ou, s'il prend parti, c'est avec une sorte d'hésitation et de timidité qui n'est guère en rapport avec la forme magistrale de son ouvrage. Ce sont en effet des *Leçons* séparées qui le composent, en guise de chapitres distincts. Le style y gagne en aisance, mais l'exposition est par suite forcément hachée en plusieurs chapitres sensiblement d'égale longueur, quelle que soit l'inégalité d'importance des sujets. L'auteur s'est en outre cru autorisé par là à négliger presque toute indication bibliographique, « la forme d'un cours, dit-il dans sa préface, ne comportant pas ce procédé d'érudition tout naturel pour un traité de pathologie ». — Mais si l'on comprend, à la rigueur, qu'il ait repoussé l'addition d'un *Index bibliographique* complet à la suite de chaque question, on s'explique moins cette absence complète de notes au bas des pages, et même, il faut bien le dire, les noms passés sous silence dans le texte, quand ils devraient s'y trouver naturellement.

J'aurais, pour ma part, assez mauvaise grâce à me plaindre de M. Berne qui m'a fait l'honneur d'accepter la nouvelle classification des Fistules que j'ai donnée dans mon article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE. Ce n'est donc pas comme reproche, mais comme exemple de ce que je viens de dire, que je lui signalerai l'omission de mon nom au sujet de la classification des lipômes, basée sur l'anatomie générale, et sur la division du système cellulo-adipeux, non pas en trois *catégories*, comme dit l'auteur (ce mot n'a ici aucune valeur déterminée), mais en trois *organes premiers*: le pannicule adipeux sous-cutané, les parties similaires d'interposition, les organes premiers de constitution (1). Cette division, appliquée à la pathologie, éclaire d'un jour considérable la topographie et les connexions des lipômes, permet au chirurgien de prévoir leur limitation ou leurs prolongements et par suite d'apprécier d'avance la gravité plus ou moins grande de l'opération. Une pareille classification était tout à fait nouvelle quand j'ai engagé un de mes élèves et amis, M. le docteur Descamps, à en faire le sujet de sa thèse inaugurale en 1873. Il a fort bien traité ce sujet dans son intéressant travail intitulé: *Considérations sur le siège et la classification des lipômes*. Dans son introduction, il indique expressément qu'il n'a fait que développer mes idées. — M. Berne m'a fait l'honneur de les adopter, mais sans citer ni mon élève ni moi-même; la classification (qu'on ne trouve dans aucun livre classique) paraît donc au lecteur lui appartenir. — C'est un exemple, entre plusieurs, des inconvénients qui peuvent résulter d'une trop grande parcimonie d'indications bibliographiques.

Tout en félicitant l'auteur d'avoir consciencieusement résumé la plupart des travaux français, nous ne saurions lui épargner le reproche d'avoir trop négligé la chirurgie étrangère; on pourrait croire, d'après ces lacunes et aussi à la manière dont les noms qu'il cite sont le plus souvent défigurés, qu'il ignore à la fois et l'anglais et l'allemand. Il est bien difficile aujourd'hui d'écrire dans de pareilles conditions un ouvrage à la hauteur de la science contemporaine. On s'expose ainsi à faire des omissions regrettables, par exemple à passer sous silence, dans l'étiologie des tumeurs, la théorie de Conheim, qui est capitale; — à écourter outre mesure le chapitre relatif aux maladies des os et des articulations, où tant de questions à l'ordre du jour auraient dû trouver leur place, etc.

Ajoutons à ces critiques qu'une place beaucoup trop petite est donnée à l'étude des pansements antiseptiques, au mode particulier de réparation des plaies qu'ils entraînent, à la révolution qu'ils ont amenée dans la médecine opératoire et la thérapeutique chirurgicale.

Par contre, certains chapitres, où l'auteur paraît plus complètement maître de son sujet, sont remarquables par la netteté de l'exposition et la bonne ordonnance des matières. Citons notamment les chapitres 38 à 43.

Je ne saurais donner ici même une courte analyse d'un travail de si longue haleine. Je vais me borner à énumérer les divers sujets traités par M. Berne en y intercalant quelques remarques sous forme de simples notes :

TOME I. *Première partie.* — Leçons 1 à 8. — Etude générale de l'inflammation, de ses symptômes et des théories qui s'y rapportent.

Leçons 8 à 13. — Etude du pus, de l'inflammation dans les tissus en particulier, des abcès chauds et froids.

Leçons 13 à 16. — Etude de la gangrène.

Leçons 16 à 19. — De l'embolie et de la thrombose.

Leçons 19 et 20. — De l'ulcération et des ulcères.

Leçon 21. — Des fistules.

(1) Cf Ch. Robin. *Programme du cours d'histologie*, 2e édition, 1870, p. 246, et *Dict. encyclop.*, articles ADIPEUX et LAMINEUX.

Leçons 23 et 24. — Du furoncle et de l'anthrax.

Leçon 25. — Du mal plantaire perforant.

Ici finit la première partie du volume. Peut-être trouvera-t-on que le mal plantaire perforant appartient plutôt à la pathologie spéciale qu'à la pathologie générale ; telle a du moins été jusqu'ici l'opinion habituelle des auteurs. Il est vrai que ces mêmes auteurs rangent dans la pathologie générale le *furoncle* et l'*anthrax* qui ne lui appartiennent pas davantage (au point de vue chirurgical) et devraient logiquement, selon nous, être renvoyés au chapitre spécial des « affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ».

Nous arrivons à la *deuxième partie*.

Leçon 26. — Du traumatisme ; influence de l'état général.

Cette question est traitée beaucoup trop brièvement eu égard aux travaux considérables dont elle a été récemment l'objet, surtout dans notre pays. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas abrégé une ou deux des leçons suivantes — celle relative aux plaies par armes à feu et aux plaies empoisonnées par exemple, pour donner plus d'ampleur à son exposition des idées du professeur Verneuil et de ses élèves.

Leçons 27 et 28. — Symptômes consécutifs des plaies. — Cicatrisation.

On chercherait ici vainement l'indication des importantes recherches de Reyher et de von Bergmann.

Leçon 29. — Traitement des plaies par instruments tranchants ; réunion immédiate.

Leçons 30 et 31. — Pansements.

Leçon 32. — Etude des greffes cutanées.

Leçons 33 et 34. — De la contusion et des plaies contuses.

Leçons 35 à 38. — Des plaies par armes à feu et des plaies empoisonnées.

Leçons 38 à 43 — Des brûlures, des lésions produites par le froid et la foudre.

Leçon 43. — Des corps étrangers.

Leçons 44 à 49. — Des accidents primitifs des plaies, hémorrhagie, tétanos, infection purulente, érysipèle, pourriture d'hôpital.

Leçons 49 à 53. — Des tumeurs en général ; classification, étiologie, évolution, diagnostic, traitement.

Leçons 53 et 54. — Etude du carcinome.

Leçon 55. — Du lipôme.

Leçons 56 et 57. — Etude de l'anévrisme.

Ce livre est surtout un résumé clair et méthodique de l'état de la science dans notre pays jusqu'à ces dernières années. Il sera particulièrement apprécié des élèves studieux qui préparent les examens et les concours. Il est peut-être regrettable, à ce point de vue, que le choix du format et des caractères n'ait pas permis à l'auteur de condenser en un seul volume plus maniable et moins cher le contenu des deux énormes tomes qui le composent. La chose eût été possible, nous semble-t-il, en sacrifiant quelques développements inutiles, et l'ouvrage, ainsi ramené aux proportions d'un excellent manuel, y eût certainement gagné un nombre encore plus grand de lecteurs.

Samuel Pozzi.

FORMULAIRE

Pommade a l'iodoforme pour le traitement de la gale.

(Grigorjew.)

Rec. Iodoforme. . . . 4 grammes.
Cérat simple. . 25 —
Huile d'olives. . q. s.

Pour f. s. a. un onguent.

Le malade prend d'abord un bain chaud d'une demi-heure, et en même temps on lui fait une friction prolongée au savon noir. On applique ensuite la pommade à l'iodoforme. On renouvelle l'opération le lendemain. Puis, pendant trois ou quatre jours, on pratique quotidiennement une ou deux frictions avec la pommade à l'iodoforme sur les régions douloureuses. La guérison complète (de la gale et des accidents consécutifs) est généralement obtenue en l'espace de cinq ou six jours.

D'après Grigorjew (de Tiflis), l'emploi de l'iodoforme aurait pour avantages de faire cesser instantanément les démangeaisons si pénibles qui accompagnent la gale, et de hâter la guérison de l'eczéma scabigineux. Mais il faut compter aussi avec les dangers d'excitation que peut entraîner l'absorption, à la surface du derme dénudé, d'une grande quantité d'iodoforme.

(Deut. Medizinal Zeitung.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique. — Un décret, en date du 30 décembre dernier, étend les attributions de ce Comité, déjà élargies par celui du 30 septembre 1884. Le nouveau décret comprend les dispositions suivantes :

Article premier. — Le Comité consultatif des laboratoires municipaux et départementaux, institué par décret du 27 septembre 1883, est supprimé.

Art. 2. — Les attributions conférées par le décret précité au Comité consultatif des laboratoires sont exercées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Art. 3. — Indépendamment des attributions qui lui sont conférées par le décret du 30 septembre 1884, le Comité consultatif d'hygiène publique de France est chargé d'émettre des avis :

1° Sur la qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés à la consommation ;

2° Sur les rapports qui lui sont soumis, soit par les chefs et directeurs des laboratoires municipaux et départementaux, soit par les autorités municipales et départementales ;

3° Sur les méthodes à employer dans les laboratoires pour l'analyse et l'examen des diverses denrées alimentaires ;

4° Sur les moyennes au-dessus et au-dessous desquelles lesdites denrées seraient déclarées mouillées ou falsifiées ;

5° Enfin, et d'une manière générale, sur toutes les questions techniques se rapportant au fonctionnement des laboratoires établis soit par les départements, soit par les communes.

Art. 4. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française et inséré au Bulletin des lois.

— ÉTAT SANITAIRE DE NOS TROUPES AU TONKIN. — Au mois d'octobre, la situation sanitaire de nos troupes présentait une grande amélioration sur ce qu'elle était pendant la saison des grandes chaleurs. Six hôpitaux sont établis au Tonkin. Sur 520 malades qui y ont été admis pendant le mois d'octobre, on a compté 36 décès, dont 11 à la suite de blessures. Les autres décès sont dus principalement à la dysentérie et à des fièvres de nature diverse.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première session, 1885. — Paris. — Semaine de Pâques.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR (1).

I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales. On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids. Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

R. F.-D.

NOUVELLES

AVIS

Nous appelons de nouveau l'attention de nos lecteurs sur les combinaisons d'abonnement indiquées en tête du journal, et les prions de vouloir bien nous faire connaître sans retard la combinaison qu'ils auront adoptée.

Comme il nous est permis de supposer que tous, ou presque tous, continuant la tradition de l'an dernier, voudront recevoir simultanément la GAZETTE MÉDICALE *et le* JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, *nous leur éviterons la peine de nous écrire, en considérant comme abonnés aux deux journaux ceux qui, d'ici au 20 janvier prochain, ne nous auront pas adressé un avis contraire.*

Beaucoup de nos abonnés, parmi ceux qui prennent leur abonnement par l'intermédiaire de libraires ou de commissionnaires, ont donné ordre à ces derniers de les abonner à la GAZETTE MÉDICALE *avant de connaître les nouvelles dispositions qui rendent les deux journaux indépendants l'un de l'autre. Interprétant cet ordre de leurs clients dans un sens restrictif, les libraires et commissionnaires les ont abonnés à la* GAZETTE MÉDICALE *seule. Ceux de nos abonnés qui se trouvent dans ce cas voudront bien donner des ordres pour compléter leur abonnement aux deux journaux.*

Nous ne saurions terminer sans insister sur les avantages que présente l'abonnement collectif à la GAZETTE MÉDICALE, *au* JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES *et à la* REVUE SCIENTIFIQUE. *Nous rappellerons à nos anciens abonnés qu'avec un modeste supplément de 6 fr. au prix d'abonnement de l'an dernier ils peuvent recevoir les trois journaux.*

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rodet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, fondateur et président de la Société protectrice de l'enfance de Lyon. Ses obsèques ont eu lieu à Lyon le 31 décembre au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— Nous devons également annoncer la mort de MM. les docteurs E. Ferré (de Saint-Médard-en-Jalle); — Mobèche (de Douville); Boynier (de Sainte-Foy-la-Grande); — Henri Lormand; — Victor Dessaignes (de Vendôme).

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le registre des inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1884-1885, ouvert le mercredi 7 janvier, sera clos le samedi 24 janvier, à trois heures.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — *Liste des lauréats de l'année scolaire 1883-1884.* — *Elèves en médecine.* — Première année. — Prix : M. Buchart; Mention : M. Thiéry.

Deuxième année. — Pas de récompense.

Troisième année. — Prix : M. Carpentier.

Quatrième année. — Prix : M. Coquard.

Elèves en pharmacie. — Première année. — Prix : M. Flament; Mention : M. Bevière.

Deuxième année. — M. Berquet.

Troisième année. — M. Lhomme.

Prix décernés par le Conseil général du département du Nord. — 1° *Prix de thèses.* — Premier prix : M. Lesur; Deuxième prix : M. Legay; Mention honorable (*ex æquo*) : MM. Carton et Curtis.

2° *Prix des sages-femmes.* — Médaille d'argent : Mme Marie-Philoméne-Nicolas, femme Rousseaux; Médaille de bronze : Mlle Dupuis; Première mention honorable : Mme Meunier; Deuxième mention honorable : Mlle Leman.

— M. Béhague est nommé aide préparateur d'histoire naturelle en remplacement de M. Delplanque, appelé à d'autres fonctions. M. Thiéry est chargé des fonctions d'aide préparateur d'anatomie pathologique. M. le Dr Coppens est nommé pour trois ans chef de clinique chirurgicale.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Lauret, préparateur de physique, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux physiques. — Sont nommés : MM. Jouillé, aide d'anatomie; Balez, aide de chimie; Guibert, aide d'anatomie pathologique; Gombert, aide de physiologie; M. Courrent, à titre provisoire, préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie.

— M. Grynfeldt, agrégé, est rappelé à l'exercice.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le Dr Robert est nommé chef des travaux de médecine expérimentale, en remplacement de M. Arloing, démissionnaire; M. le Dr Imbert est nommé préparateur de médecine expérimentale, en remplacement de M. Rodet; M. Barral est nommé, pour un an, préparateur de chimie organique et de toxicologie; M. le Dr Lemoine est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies mentales.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Larnaudie, chef du laboratoire de chimie, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, en remplacement de M. Blarez, appelé à d'autres fonctions.

***

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés : M. le Dr Simon, chef de clinique médicale ; M. Thorion, préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Baud.

***

Ecole de médecine d'Alger. — M. Vincent, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est chargé du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

***

Ecole de médecine de Caen. — M. de Forcrand, docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Caen s'ouvrira le 15 juillet 1885 à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

***

Asiles de Bordeaux. — M. le docteur Georges Martin est nommé inspecteur adjoint des écoles de la ville de Bordeaux.

— M. le docteur Courréges vient d'être élu conseiller général du Cher.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 27 décembre 1884, ont été promus ou nommés :

Au grade de commandeur : M. Maire, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. Leplat, médecin principal de première classe ; Cominal, Hennequin, Goguel, Hagnet, Thomas, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Hahn, Scovazzo, Bouchardat, Desprez, Nevière, Defos de Rau, Journée, Dehout, Demmler, Foulquier, médecins-majors de première classe ; Frizac, pharmacien-major de première classe ; Haas, médecin-major de deuxième classe ; Monginot, chirurgien en chef de l'hospice civil de Lunéville ; Botrel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

— Par décret en date du 28 décembre 1884 ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier. — MM. Léon, médecin en chef de la marine ; Cauvin, médecin principal de la marine ; Challon, médecin principal de deuxième classe.

Au grade de chevalier. — MM. Mourson, Abblard, Néis, Dupouy, Miquel, Guintran, médecins de première classe de la marine ; Jossic, Landouar, Trabaud, médecins de deuxième classe de la marine ; Cunisset, pharmacien-professeur de la marine ; Castaing, pharmacien de première classe de la marine ; Charyan, médecin à Nantes, accrédité depuis 1864 comme médecin de la marine ; Raynaud, Dreyfus, Grandgury, Hocquard, médecins-majors de deuxième classe.

— Par décret en date du 29 décembre 1884, M. le docteur Tholozan a été promu au grade du commandeur.

— Par décret en date du 30 décembre 1884, sont nommés :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Guéniot, Martellière, Filleau (de Paris) ; Simon (de Ribérac), Gadaud (de Périgueux), Prieur (de Gimont), Négrié (de Bordeaux), Halmagrand (d'Orléans), Bontemps (do Jussey), Taberlet (d'Evian).

— Par décret du 31 décembre, sont promus ou nommés :

Au grade de grand-officier, M. Henry Milne-Edwards.

Au grade d'officier, M. Reliquet.

Au grade de chevalier, M. Planchon, membre de l'Académie de médecine.

— Sont nommés :

1° Officiers de l'instruction publique : MM. de Fleury, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Barnsby, professeur à la Faculté de médecine de Tours ; Chartier, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Bourgoin, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Talrich, modeleur de la Faculté de médecine de Paris ; Georges, docteur en médecine, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole Lavoisier, à Paris.

2° Officiers d'académie : MM. Peulevé, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Chénieux, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ; Hergott, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Rivière, médecin du lycée de Carcassonne ; Patureau, médecin du lycée de Châteauroux ; Guichard, médecin du lycée d'Angers.

***

Le ministre de la guerre a adressé des lettres de satisfaction à MM. les éléves du service de sauté militaire Rioblanc, de l'hôpital du Gros-Caillou, et Colle, de l'hôpital Saint-Martin, pour leur zèle et leur dévouement pendant la dernière épidémie de choléra.

***

Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — La Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux a procédé au renouvellement de son Bureau. Ont été nommés :

Président : M. Pitres ; vice-présidents : MM. Vergely et Boursier ; secrétaire général : M. Arnozan ; trésorier : M. Davezac ; membres du conseil : MM. Demons, R. Saint-Philippe et Durand.

***

Cours théorique et pratique d'accouchements. — M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera son cours le lundi 12 janvier, à quatre heures. Le cours est complet en deux mois.

***

Erratum. — MM. Talamon, Ballet et Brault ont été nommés, à la suite du dernier concours, *médecins du bureau central* et non du *bureau de bienfaisance*, ainsi qu'une erreur du compositeur nous l'a fait annoncer dans le dernier numéro.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

307. M. Soyer. De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. — 308. M. Monnet. De la koba (Sterculia acuminata). (Etude physiologique et thérapeutique). — 309. M. Latouphis. Les gommes syphilitiques du larynx. — 310. M. Barbulée. De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — 311. M. Legoy. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du Piscidia erythrina. — 312. M. Maestrati. Etude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral. — 313. M. Chevalier. Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices. Application de ce procédé à d'autres variétés d'ulcères chroniques. — 314. M. Mercié. De l'enchondrome des os. — 315. M. Grillière. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. — 316. M. Prévost. De l'aliénation comme complication immédiate ou tardive de la fièvre typhoïde. — 317. M. Fournel. L'hôpital Beaujon. —

318. M. Baroux. De l'artérite. — 319. M. Fradet. Du rhumatisme secondaire dysentérique. — 320. M. Bottey. Considérations sur deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas. — 321. M. Perrier. Contribution à l'étude de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes de l'épaule par la méthode de rotation et d'élévation combinées du professeur Kocher (de Berne).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 28 décembre 1884 au samedi 3 janvier 1885.

Fièvre typhoïde 21. — Variole 5. — Rougeole 28. — Scaratine 1. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 34 — Choléra 3. — Dysentérie 0. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 212. — Autres tuberculoses 16. — Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 75. — Bronchite aiguë 70 — Pneumonie 99. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35, — au sein et mixte 24. — Inconnu 11. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 98. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 90. — de l'appareil digestif 69 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 1157 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Sur la prorhylaxie du choléra indien au point de vue de l'hygiène publique, par le docteur A. Lacote. — Prix : 1 fr. — Envoi franco contre remise du montant en un mandat sur la poste. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Revue de médecine. — Directeurs : MM. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Charcot, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière ; Chauveau, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'Ecole vétérinaire ; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Rédacteurs en chef : MM. Landouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon ; Lépine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Revue de chirurgie. — Directeurs : MM. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon ; Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Rédacteurs en chef : MM. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec ; Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bichat — Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de l'année 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression.

Prix d'abonnement pour chaque revue séparée : un an, Paris, 20 fr ; idem, département et étranger, 23 fr. — Pour les deux revues réunies : un an, Paris, 35 fr. ; idem, départements et étranger, 40 fr. — On s'abonne sans frais, à la librairie Felix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'étranger, et dans tous les bureaux de poste.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

(HOSPICE DES INCURABLES. — SERVICE DE M. LE Dr RAYMOND.)

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ARACHNITIS ET DE LA LEPTO-MÉNINGITE SPINALE CHRONIQUE. — SCLÉROSE MÉDULLAIRE SECONDAIRE, par M. RISAIL, interne du service.

A l'occasion d'observations recueillies à l'infirmerie des Incurables, à Ivry, observations suivies du procès-verbal de l'autopsie, nous avons entrepris, sous l'inspiration de M. Raymond, quelques recherches au sujet des plaques osseuses développées au niveau de l'arachnoïde ; nous avons également étudié les leptoméningites chroniques, et nous étions arrivés à nous convaincre que, consécutivement à l'une et à l'autre de ces lésions, il pouvait se développer de la sclérose médullaire.

Le travail de M. Déjérine, publié dans le numéro de novembre des ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, travail dans lequel il démontre que, dans les scléroses combinées, la sclérose des cordons latéraux est consécutive à la méningite, nous a confirmé dans notre opinion. Nous publions aujourd'hui le résultat de nos examens nécroscopiques. Ce sont de simples observations à la suite desquelles nous donnerons notre manière de voir sur la marche des lésions.

Notre travail sera divisé en deux parties : la première comprendra les observations d'arachnitis ; la seconde, celles de lepto-méningite, avec les considérations que nous croyons devoir en déduire.

PLAQUES D'ARACHNITIS. — SCLÉROSE MÉDULLAIRE SUPERFICIELLE.

OBS. I. — La nommée Flo..., âgée de 64 ans, entre à l'infirmerie le 10 avril 1884.

Antécédents. — Père mort de la pierre.

On ne sait rien des antécédents maternels.

La malade a eu de la migraine dans la jeunesse.

Il y a sept ans, une première attaque de coliques néphrétiques bien caractérisées, puis période de calme pendant cinq à six mois; après quoi, deuxième crise suivie de l'évacuation d'une urine très chargée d'une poussière que la malade compare à de la brique pilée.

Depuis lors, les crises furent plus rapprochées et la malade rendit à plusieurs reprises de petits calculs de la grosseur d'une lentille.

Dernière crise il y a six mois.

C'est de cette époque que datent les premiers symptômes médullaires.

Douleurs violentes dans les membres inférieurs, à caractère de douleurs fulgurantes; sensation de constriction au niveau de la ceinture.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

15 janvier 1885.

Limite d'âge pour le professorat. — Retraites et pensions. — Abondance et misères des médecins en France. — La thérapeutique devant les tribunaux étrangers. — Un syndicat médical devant un tribunal français. — Nouveaux congrès : chirurgie, choléra, pharmacopée internationale. — Héroïsme de deux médecins. — Suppression des asiles d'aliénés; tous les aliénés sur mer.

« Tircis, il faut songer à *prendre* la retraite »,

doivent s'être déjà dit quelques-uns de nos plus vénérés et vénérables professeurs, s'ils n'ont pas oublié Racan et surtout s'ils ont lu le compte rendu des dernières séances de la Chambre des députés. C'est M. Bourneville qui a attaché le grelot, et, sans faire de personnalité, il a étalé à l'appui de la cause qu'il soutient toutes sortes de bonnes raisons.

Il est bien clair que l'administration des hôpitaux a été fort prudente en fixant à soixante-cinq ans l'âge de l'honorariat. Et cependant la visite d'hôpital est moins pénible que ne le sont les fonctions professorales. D'autre part, les aptitudes de clinicien sont à leur *summum*, pour ainsi dire, au moment où les médecins d'hôpitaux se retirent ; et l'on peut affirmer aussi que l'expérience est ce qui résiste le plus longtemps à l'affaiblissement graduel de nos qualités intellectuelles.

A la Faculté de médecine, au Muséum, au Collège de France et dans beaucoup d'autres Facultés de Paris ou de province, combien de professeurs sont plus que septuagénaires! Quelle vigueur, quel entrain, quel amour du travail et du progrès peut-on exiger d'eux? Le besoin du repos seul les sollicite ; mais il est avec l'*alma mater* des accommodements ; on fait un semblant de cours, on se fait suppléer, on jouit du repos et l'on émarge tout de même.

Pour ôter tout caractère vexatoire à la réforme proposée, ne pourrait-on pas maintenir aux professeurs titulaires actuels leur

Dans les bras, douleurs analogues à celles des membres inférieurs.

De plus, gêne de la marche. La malade ne peut plus, dès ce moment, différencier la nature du terrain où elle pose le pied, et la nuit, lorsqu'elle se lève, elle ne peut plus se guider.

La vue a baissé sensiblement.

Puis, finalement, l'incoordination et la projection des membres pendant la marche ont rendu nécessaire le décubitus.

C'est alors que la malade entre à l'infirmerie à l'occasion d'une nouvelle crise de colique néphrétique, accompagnée de vomissements et suivie de l'expulsion de petits calculs.

Etat à l'entrée. — Elle ne peut quitter le lit; dès que les pieds touchent terre, elle est prise de tremblements à oscillations rapides, et, si elle veut marcher, elle projette ses jambes dans tous les sens.

Couchée, le tremblement n'existe plus; mais, si on fait soulever les jambes au-dessus du lit, celles-ci sont prises d'un tremblement qui empêche de constater l'état du réflexe patellaire. Cependant, si, le membre reposant bien à plat sur le plan du lit, on redresse brusquement le pied, il ne se produit pas d'épilepsie spinale.

Aux membres supérieurs, le même tremblement existe à l'occasion des mouvements, ce qui rend l'écriture impossible.

Les douleurs fulgurantes et la douleur en ceinture persistent.

La sensibilité est à peu près intacte; de place en place, on trouve cependant quelques plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie.

Rien du côté de la vessie et du rectum.

Enfin on constate des déformations de rhumatisme chronique à l'index droit et au médius gauche.

Après un séjour de trois semaines à l'infirmerie, séjour traversé par quelques crises de coliques, la malade meurt subitement de pleurésie gauche.

A l'autopsie. — Epanchement gauche abondant, avec fausses membranes; congestion du poumon correspondant.

Les deux reins sont remplis de calculs; le gauche en renferme un qui occupe tout le bassinet et qui se ramifie dans le parenchyme rénal, presque entièrement atrophié.

A l'ouverture du canal rachidien, on trouve la dure-mère saine; mais sur l'arachnoïde il existe une dizaine de plaques dures, calcaires, peu épaisses et larges comme une lentille, à bords festonnés. Deux ou trois siègent à la région cervicale, le reste à la partie inférieure de la région dorsale et sur la région lombaire.

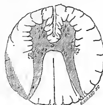
A la coupe et à l'œil nu, on voit sur la moelle, à la région cervicale, une zone plus foncée, siégeant sur le cordon latéral gauche, près des racines postérieures, là où siègent les plaques d'arachnitis.

Il existe une plaque analogue sur les cordons postérieurs, à la partie inférieure de la région dorsale.

Le cerveau et les méninges cérébrales sont absolument sains.

Au microscope. — Les plaques d'arachnitis sont formées par du tissu osseux, car on reconnaît parfaitement quelques ostéoplastes au milieu d'un tissu interstitiel abondant.

Sur les coupes, la pie-mère est épaissie au niveau des plaques osseuses. Au même niveau, sur la moelle, on trouve une sclérose superficielle avec augmentation de la névroglie, disparition presque complète de la myéline et diminution en nombre des tubes nerveux.

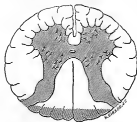


Arachnitis. — Obs. I. Région dorsale.

Ces lésions sont absolument localisées au niveau des plaques d'arachnitis et n'envahissent que superficiellement la moelle.

Elles se rencontrent partout où il y a des plaques d'arachnitis et non ailleurs.

En outre, il existe un assez grand nombre de corps amyloïdes, surtout aux environs de la sclérose.



Arachnitis. — Obs. I. Région lombaire.

traitement intégral? Puis une loi fixerait pour l'avenir une pension de retraite suffisamment rémunératrice.

***

A quand donc aussi une retraite sérieuse pour les médecins de campagne et pour tous les praticiens en général, qui rendent aux autorités de tout genre, à leurs compatriotes besoigneux, à l'humanité, tant de services gratuits ou à peu près? On s'occupe de tous côtés de créer des caisses de pension. Mais ce n'est pas l'Etat qui se met à la tête du mouvement; si seulement il voulait y participer! Ne nous en plaignons pas. Ne vaut-il pas mieux agir par soi-même et ne pas compter sur les autres? Assez et trop longtemps les médecins se sont entre-déchirés : jalousie, compétitions, haines, tout cela poussait à foison dans la carrière médicale bien plus abondamment que l'amitié et l'union confraternelle. Aujourd'hui les jeunes générations sentent le besoin de se rapprocher, de s'entendre, de s'aider.

Mais, hélas! qu'il faudra de patience pour parvenir à une transformation de nos mœurs! et le jeune médecin portera longtemps encore la peine des fautes de ses anciens :

« Delicta majorum immeritus lues. »

***

Au dernier congrès international de Copenhague, on a présenté une statistique des médecins du monde entier. Il y en aurait un chiffre total de 189,650.

L'Allemagne avec l'Autriche-Hongrie y figurent pour 32.150; l'Espagne pour 5.000; la Grande-Bretagne et ses colonies pour 35.000; l'Italie pour 10.000. La France est relativement beaucoup plus riche en médecins que les autres contrées de l'Europe, mais est-ce là une richesse? Elle en compte 26.300. Seuls les Etats-Unis d'Amérique, avec leur liberté professionnelle absolue, dépassent ce chiffre (proportionnellement à la population), car il y en a 65.000. En France donc les médecins sont trop nombreux. Il n'y a pas que l'abondance des docteurs qui nous nuise : notre pratique n'est en général pas assez rétribuée. Il suffirait donc de relever les tarifs pour diminuer le chiffre des médecins qui touchent à la vieillesse sans être arrivés à un état de fortune qui leur permette de se reposer.

***

OBS. II. — Femme de 72 ans, entrée à l'infirmerie pour une pneumonie.

Bonne santé jusqu'à 35 ans. A cette époque, rhumatisme articulaire aigu; dans la suite, il n'y eut plus d'attaque aiguë, mais des douleurs erratiques dans les jointures, surtout aux changements de saison.

De plus, palpitations cardiaques.

A son entrée à l'infirmerie, pneumonie gauche.

Tremblement généralisé à oscillations isochrones. Si on place les membres bien appuyés sur le lit, le tremblement cesse. Au contraire, si on fait porter un verre à la bouche, il apparaît très marqué et augmente avec la durée du mouvement.

Levée, la malade est prise de tremblements des membres inférieurs, ce qui rend la marche impossible.

Les réflexes rotuliens sont notablement augmentés des deux côtés; de plus, légère épilepsie spinale.

Pas de troubles de sensibilité, pas de troubles de la vue, ni de nystagmus.

Pas de troubles trophiques.

Le tremblement aurait commencé il y a sept mois et se serait montré peu à peu sans cause apparente.

Au cœur, insuffisance mitrale.

Morte de pneumonie cinq jours après son entrée.

A l'autopsie. — Pneumonie gauche à la période d'hépatisation grise.

Reins, foie sains.

Insuffisance mitrale par athérome de la valvule.

Le cerveau est sain. Sur la pie-mère cranienne, légère congestion, et sur la dure-mère quelques plaques d'épaississement analogues aux plaques laiteuses du péricarde.

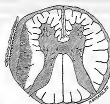
Dure-mère rachidienne saine.

L'arachnoïde spinale est parsemée de plaques calcaires au nombre d'une vingtaine, de la grosseur d'une lentille, à bords festonnés.

Il en existe sur toute la longueur de la moelle, mais en petit nombre aux régions cervicales et dorsales supérieures; les plus nombreuses sont à la région dorso-lombaire, où elles occupent presque toute la région latérale.

Au niveau des plus volumineuses, la moelle est déprimée, et quand on enlève les plaques la dépression persiste.

Au microscope. — On retrouve absolument les mêmes lésions que dans l'observation précédente : augmentation de la névroglie (c'est un véritable tissu fibreux); disparition plus ou moins complète de la myéline et disparition d'un grand nombre de tubes.



Arachnitis. — Obs. II. Région dorsale inférieure.

Corps amyloïdes en grande quantité. Des plaques d'arachnitis sont aussi formées de tissu osseux assez abondant.

OBS. III. — Femme de 68 ans, morte d'occlusion intestinale.

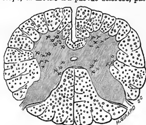
Entrée à l'infirmerie dans un état comateux assez marqué pour qu'on ne puisse obtenir d'elle aucun renseignement.

Mais, dans la salle où elle était couchée d'ordinaire, on a pu apprendre qu'elle marchait très bien et n'avait ni paralysie ni tremblement.

Elle jouissait d'ailleurs d'une bonne santé et avait été admise à Ivry dans un lit de fondation.

A l'autopsie, on a trouvé les mêmes plaques osseuses de l'arachnitis siégeant principalement à la région lombaire.

Au microscope, la moelle n'a pas de sclérose, pas de dégénérescence de la myéline ou des tubes, mais les coupes sont remplies de corps amyloïdes.



Arachnitis. — Obs. III. Région lombaire.

N'est il pas bien tard pour venir parler de l'affaire Spitzer? Hélas! le plus intéressé de cette affaire a noyé son chagrin dans le Danube. Mais voici que la Société impériale de médecine de Vienne a remis ce sujet en discussion au point de vue scientifique et médical (1). C'est bien là qu'aurait dû être jugé le cas de l'infortuné praticien accusé d'avoir causé la gangrène d'un doigt atteint d'*engelure* en donnant un conseil en l'air, sans voir le patient, en indiquant des badigeonnages de collodion iodé.

Les experts ont été si affirmatifs que le tribunal a prononcé l'interdiction de l'exercice de la médecine à l'inculpé. Les débats de la Société médicale ont été plus scientifiques et par contre moins tranchants. Et néanmoins n'a-t-on pas trop rapetissé la question en la localisant à ce seul point de savoir si des badigeonnages de collodion peuvent occasionner la gangrène?

O logique! c'est toujours le tort du *post hoc, ergo propter hoc!* Ne valait-il pas mieux regarder les choses de plus haut, et dire en admettant tous les faits : Une gangrène s'est développée sur un doigt atteint d'engelures *après* un badigeonnage avec du collodion iodé. Or de tels badigeonnages ont été fréquemment employés sans amener de gangrène (témoin le fait du professeur Weinlechner lui-même, qui n'a pu arriver à produire la gangrène d'un petit doigt surnuméraire chez un enfant, malgré dix-sept badigeonnages faits dans ce but); donc la gangrène, dans le cas du docteur Spitzer, doit être attribuée à toute autre cause. Peut-être même était ce un cas de gangrène spontanée, car rien ne ressemble à des engelures autant que la gangrène des extrémités commençante.

***

Ils semblent d'ailleurs ne douter de rien, les tribunaux allemands; ils ne font pas seulement de la physiologie pathologique et du pronostic; ils prétendent également à *connoître de* thérapeutique chirurgicale. Ils émettent des opinions sur la valeur comparée des traitements; que dis-je? leur opinion est faite d'avance, elle a force de loi avec pénalité à l'appui. Ainsi, n'allez pas essayer de panser une petite plaie de l'index avec le vulgaire diachylon des anciens; non, il faut employer l'acide phénique ou tel autre antiseptique, variable sans doute suivant le pays et suivant le tribunal.

***

(1) LE LYON MÉDICAL du 11 janvier en donne une traduction d'après le WIENER MED. WOCHENSCHRIFT.

A ces trois observations personnelles, nous pouvons joindre les observations suivantes, trouvées dans les auteurs.

Sleschl et Ludwig (WIEN. MED. WOCHENSCH., 1881, anal. *in* REV. de Hayem) :

« Femme de 65 ans, idiote et paralysée. Atrophie des circonvolutions.

« Sur toute l'arachnoïde spinale, petites tumeurs jaunâtres s'étendant sans interruption du cou aux lombes. Le maximum est entre la sixième et la dixième dorsale.

« C'est une ossification indépendante de l'état du cerveau.

« L'analyse de ces concrétions a donné à Ludwig :

Acide carbonique......	4.64
Magnésie..................	1.31
Chaux.........................	52.17
Acide phosphorique....	41.60

« Chwostek a publié une observation de sarcome généralisé de la colonne vertébrale et des méninges avec quelques plaques osseuses sur l'arachnoïde. La moelle a été trouvée saine.

« M. Vulpian cite (*Mal. de la moelle*) deux observations de plaques d'arachnitis que nous reproduisons :

« Chez une malade de la Salpêtrière qui pendant dix ans a éprouvé des douleurs dans les jambes et une paralysie musculaire suffisante pour l'empêcher de marcher, je n'ai trouvé à l'autopsie qu'un grand nombre de plaques arachnitiques comme lésions du système nerveux.

« Une autre malade, sans aucun antécédent d'épilepsie ni d'autres névroses, fut prise de tremblement des membres et d'attaques épileptiformes et mourut dans le coma.

« On ne trouva à l'autopsie que quelques points du cerveau avec légère teinte hortensia et des plaques d'arachnitis très nombreuses.

« M. Jaccoud (*Des paralysies*) a mentionné un cas dans lequel les plaques comprimaient les racines rachidiennes et avaient amené leur atrophie. »

Dans ces différentes observations, le symptôme clinique le plus constant est le tremblement. C'est un tremblement qui se montre à l'occasion des mouvements tout comme celui de la sclérose en plaques ; il s'exagère avec la durée du mouvement et ne fait pas manquer le but.

De plus, dans l'observation n° 2, on a constaté l'exagération du réflexe patellaire et l'épilepsie spinale.

Ces symptômes sont en rapport avec les lésions que nous avons trouvées sur la moelle, véritable sclérose en plaques localisée au niveau des plaques d'arachnitis.

La sensibilité n'a été troublée que dans l'observation où il existait des lésions des cordons postérieurs, et ces symptômes ont été analogues à ceux de l'ataxie comme l'étaient les lésions consécutives.

Comme étiologie, nous constatons deux fois l'arthritisme avec rhumatisme aigu dans un cas, chronique dans l'autre ; dans aucun cas la syphilis n'a été trouvée.

Enfin toutes ces observations ont porté sur des femmes ayant toutes dépassé soixante ans.

De ces différents faits, nous croyons pouvoir conclure à l'existence de symptômes médullaires possibles dans les cas d'arachnitis avec plaques, symptômes variables avec le siège qu'occupent les plaques.

De plus, au point de vue anatomique, nous pensons que les lésions médullaires sont consécutives aux lésions méningées et sous leur dépendance. Elles sont, en effet, exactement localisées au siege qu'occupent les plaques méningées ; et, de plus, elles leur sont certainement consécutives, puisque dans l'observation n° 3 il existe des plaques et pas de sclérose ; cependant la moelle n'est déjà plus absolument saine, puisqu'il s'y rencontre un nombre considérable de corps amyloïdes, indice d'un commencement de désorganisation de la substance blanche.

Pour nous résumer, nous dirons :

1° L'existence de plaques osseuses au niveau de l'arachnoïde rachidienne n'est pas rare ; elles se rencontrent surtout chez les vieillards, et principalement chez ceux qui ont été atteints de rhumatisme. On sait d'ailleurs que, dans certains cas de goutte, des dépôts uratiques, formés dans les méninges, ont pu donner lieu à des phénomènes analogues.

2° L'existence de ces plaques d'arachnitis est parfois le point de départ de certains symptômes du côté de la moelle, symptômes qui sont subordonnés au siège des plaques et à leur ancienneté, les plaques récentes n'ayant pas eu le temps d'amener, par leur présence, les lésions médullaires nécessaires pour engendrer ces symptômes. Deux formes cliniques

---

Il n'y a pas que les tribunaux étrangers pour prendre des décisions qui nous paraissent au moins bizarres. La France a peu de chose à envier aux nations voisines.

Etrange conduite, en effet, que celle du tribunal de Domfront déboutant le syndicat médical d'une revendication en dommages et intérêts. Quoi ! il suffirait que l'on exerce une profession libérale pour n'avoir pas le droit de se syndiquer ! Mais la loi, me semble-t-il, n'établit pas de distinction entre les professions. Ou alors qu'on la fasse connaître, cette distinction, et qu'on nous marque la limite du *libéralisme professionnel*.

Un congrès ne serait pas de trop pour juger de toutes ces questions de déontologie professionnelle, tant au point de vue du médecin privé que dans ses *relations* avec l'Etat, la justice, etc.

* * *

Aussi bien la mode est aux congrès plus que jamais, et c'est fort bien. Sans compter le congrès français de chirurgie qui va tenir sa première session à Paris, durant la semaine de Pâques, signalons pour ce mois de janvier, sinon un vrai congrès, au moins une grande réunion à laquelle la Société royale italienne d'hygiène convoque tous ses membres pour essayer de commencer une enquête relative à la dernière épidémie cholérique.

D'autre part, on affirme que le ministre des affaires étrangères d'Italie, M. Mancini, vient d'adresser aux puissances européennes la proposition de réunir prochainement à Rome un congrès sanitaire destiné à élaborer un projet de mesures de protection générale à adopter par les divers Etats pour éviter de nouvelles invasions du choléra.

En Belgique, on annonce pour la fin du mois d'août l'ouverture du sixième congrès international des pharmaciens, qui promet d'être fort important, si j'en crois le programme. En effet, il paraît que le congrès s'occupera d'un projet de pharmacopée internationale et aussi de la désignation des pharmaciens comme chimistes experts pour l'examen des denrées alimentaires.

* * *

Heureusement nous n'avons pas que des misères à contempler ou des déboires à subir dans notre microcosme médical. Voici pour nous réconforter un peu. C'est l'Espagne qui nous envoie ce cordial par l'intermédiaire de la presse médicale ; j'aurais préféré que

principales, représentant assez bien le tableau de deux maladies chroniques de la moelle : ataxie locomotrice, sclérose en plaques, sont surtout réalisées. On comprend, sans qu'il soit necessaire d'insister davantage, l'importance de ces faits, au point de vue du diagnostic différentiel.

3o Les lésions sont toujours de même ordre ; ce sont des scléroses superficielles développées exactement au siége des plaques osseuses et n'envahissant pas plus loin. Elles n'amènent pas de dégénérescence ascendante ou descendante.

4o Quand les plaques siégent sur les racines, elles déterminent leur atrophie et les symptômes qui en découlent (Observation de Jaccoud).

5o La sclérose de la moelle est due à la compression ou tout au moins à une irritation de voisinage.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ACCIDENTS HYSTÉRIQUES A FORME PSEUDO-MÉNINGITIQUE, par PAUL DALCHÉ, interne des hôpitaux.

La nommée Deh..., âgée de vingt-trois ans, domestique, entre le 21 novembre 1884, salle Sainte-Anne, n° 18, dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Cette jeune femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle a toujours perdu abondamment pendant ses périodes menstruelles.

Depuis trois mois environ, elle se sentait mal à l'aise, sans appétit, en proie à une lassitude générale ; trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a craché du sang.

Il y a trois jours, elle a été subitement prise d'un point de côté violent avec mal à la tête, quelques frissons et de la diarrhée.

Le 20 novembre, elle délire toute la journée et vomit une fois pendant la nuit.

Le 21 novembre, la malade entre à l'Hôtel-Dieu. Sa physionomie est profondément abattue. Elle se plaint d'une céphalalgie intense et de vertiges continuels, à tel point que la station debout est impossible. Ses pupilles sont moyennement dilatées et elle accuse très nettement de la diplopie. Bourdonnements d'oreille. Langue saburrale.

Le point de côté est toujours aussi douloureux, et cependant l'auscultation ne dénote rien d'anormal ; mais le phénomène dominant de l'appareil respiratoire est une toux presque incessante : toutes les quinze ou vingt secondes, la malade fait entendre une petite toux sèche, sans expectoration, et de temps à autre sa poitrine est soulevée par des mouvements spasmodiques ressemblant à du hoquet ou à des nausées. Pas de vomissements depuis hier.

La pression réveille de la douleur tout le long de la colonne vertébrale, surtout à la nuque, dans la région splénique, dans la région ovarienne gauche, et de l'hypéresthésie des cuisses.

Pas de raie méningitique.

Au cœur, souffle anémique à la base ; les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées ; le visage est pâle.

T. S. 38°,2. — Le pouls est un peu fréquent.

22 novembre. — La malade a passé la nuit sans sommeil et son état est le même. Interrogée, elle répond qu'elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie, mais qu'elle est d'un tempérament très nerveux et que fréquemment elle est étouffée par une boule qui lui remonte à la gorge.

On lui donne : musc, 0,02 ; belladone, 0,01. Trois pilules semblables par jour. T. M. 38o2. T. S. 38o8.

23 novembre. — La toux a cessé. T. M. 37o2. T. S. 38o6.

27 novembre. — Depuis son entrée, la malade a été constipée.

Aujourd'hui, elle a de la diarrhée. La température s'est toujours maintenue entre 37o4 le matin et 38o2 le soir.

30 novembre. —La malade a ses règles en avance de huit jours. Elle va mieux, mais ne peut se lever. Encore de la céphalalgie, des vertiges, de la diplopie, mais beaucoup moins de bourdonnements d'oreille. La sensibilité à la pression de la colonne vertébrale, de la région splénique, de la cuisse, n'existe plus.

6 décembre. — La diplopie disparait.

7 décembre. — La température s'élève brusquement, et cette recrudescence de la fièvre coïncide avec une angine assez douloureuse marquée par de la rougeur de tout le fond de la gorge.

Le 10 décembre, quelques vésicules d'herpès apparaissent sur le pilier droit du voile du palais.

Le 12 décembre, il n'y a plus de fièvre et le 20 la malade sort absolument guérie.

Lorque cette femme entra à l'hôpital, subitement prise depuis trois jours d'accidents cérébraux tels que céphalalgie vive, délire, diplopie, accompagnés de point de côté et d'hypéresthésie de la colonne vertébrale et des cuisses, etc., on pouvait craindre une affection des plus redoutables, granulée

---

l'initiative partit de la presse politique. Mais il faut se contenter de ce qu'on a. Donc la presse médicale espagnole a ouvert une souscription nationale pour honorer l'héroïsme de deux médecins.

L'un, Segundo Manterola, médecin d'un vapeur qui venait de sombrer sur les côtes de Galice, au moment d'entrer dans le canot de sauvetage, céda sa place à un des passagers restés sur le vaisseau, puis se livra à la merci des flots. Il surnagea quelque temps, et on put le voir calme, d'une sérénité admirable, les yeux fixés au ciel, en attendant la mort.

L'autre, Eugénio Fernandez Valdés était également sur une embarcation naufragée. Il y a un seul espoir de salut. Il consiste à amener un câble jusqu'à terre. Les premiers hommes d'équipe qui s'y sont essayés se sont noyés. E.-F. Valdés sollicite du capitaine la permission de recommencer l'entreprise. On lui refuse cette permission. Mais il insiste, il supplie, avec la plus grande ténacité, si bien qu'on finit par l'autoriser à se jeter dans les bras de la mort. Mais non ! Valdés arrive à la nage jusqu'à terre, sauvant ainsi d'une mort certaine les 170 hommes qui étaient sur le vapeur.

Cela est mieux encore que le dévouement professionnel ordinaire, admirable souvent, mais presque naturel chez tout médecin ; c'est du dévouement à l'antique, c'est le courage de sang-froid ; c'est bien de l'héroïsme, et du plus pur héroïsme.

*
* *

Si j'en crois le docteur Barbier, d'Alger (1), les fous seraient indemnes du mal de mer ; bien mieux, ils se montreraient calmes sur les navires tant que dure une traversée. Si cette dernière assertion se confirme, il faut espérer qu'on va tirer un parti avantageux de cette découverte et remplacer l'internement dans les asiles d'aliénés par des expéditions lointaines.

Quel avenir cela nous laisse entrevoir ! Voilà que le peuple qui fournira le plus de fous va devenir la première puissance navale du monde !

Dr PETER-PAUL SOMANS.

(1) Feuilleton du COURRIER MÉDICAL du 10 janvier.

ou méningite-tuberculeuse, d'autant plus que depuis trois mois déjà la malade déclinait et qu'elle avait eu une hémoptysie. Mais frappés par une petite toux sèche et incessante, et n'ayant rien trouvé de pathologique à l'auscultation des poumons, nous remarquions d'autre part le peu d'élévation de la température, la légère fréquence du pouls et l'absence de raie méningitique; si bien que les premiers symptômes greffés sur un fond d'hystérie et de chlorose manifeste, nous parurent emprunter à ces affections leur apparence grave et le pronostic fut moins sombre.

En effet, au bout de quelques jours, l'orage se calma et la malade guérit trop rapidement pour qu'on puisse porter un autre diagnostic que celui d'accidents hystériques.

Dans sa thèse sur la méningite tuberculeuse de l'adulte, Chantemesse cite trois observations à peu près semblables, et même plus complètes, car on y voit signalés le ralentissement du pouls, la tache méningitique et la constipation opiniâtre. — « Seules, dit-il, la connaissance des antécédents du sujet, l'existence de troubles de la sensibilité imputables à l'hystérie, la température qui ne s'éloigne pas de la normale, permettent de soupçonner l'intervention de la névrose et de rester pour le diagnostic dans une sage réserve ».

REVUE DES JOURNAUX RUSSES

Maladies du foie.

I. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE L'ICTÈRE, par QUINCKE (1). — II. UN CAS D'ATROPHIE JAUNE AIGUË DU FOIE CHEZ UN ENFANT DE QUATRE ANS, par H. ASHBY (2). — III. ALTÉRATIONS DE LA PEAU DANS UN CAS D'ATROPHIE JAUNE AIGUË DU FOIE, par POSPELOW (3). — IV. UN CAS D'ICTÈRE CATARRHAL TERMINÉ PAR LA MORT, par J. TOELG et E. NEUSSER (4). — V. L'HYPERPLASIE NODULAIRE ET L'ADÉNOME DU FOIE, par le docteur SIMMONDS (5). — VI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ADÉNOMES DU FOIE. — ADÉNOME TUBULOSO-CAVERNEUX, par le docteur A. PAWLOWSKI (6). — VII. NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA DÉCHIRURE D'ORGANES ABDOMINAUX IMPORTANTS. — RUPTURE DU FOIE, par le docteur B. BECK (7). — VIII. OBSERVATIONS DE RUPTURE DU FOIE, par le docteur CHIARI (8).

I. Dans le cours d'expériences qui consistaient à injecter à des chiens du sang sous la peau, M. QUINCKE a reconnu que le tissu cellulaire sous-cutané était, au bout d'un certain temps, coloré en jaune par de la matière colorante biliaire. Ce résultat a été constant, que le sang (frais) poussé sous la peau fût ou non défibriné, qu'il provînt ou non de l'animal en expérience, la coloration jaune apparaissait au début de la seconde semaine ; elle était à son maximum dans le courant de la quatrième semaine, et Quincke en a retrouvé des traces jusqu'à onze mois après l'injection. C'est dans les régions du corps où le tissu cellulaire présente une grande laxité, par exemple dans le voisinage de la ligne blanche abdominale, que le phénomène atteint sa plus grande intensité. A l'aide du microscope, on peut se convaincre que la matière colorante biliaire imprègne les cellules fixes du tissu conjonctif ainsi que les cellules migratrices, quelques faisceaux de tissu conjonctif, et surtout les fibres élastiques qui conservent le plus longtemps leur teinte jaune allant jusqu'au brun. Entre les taches jaunes dues à une imprégnation de bilirubine, on en aperçoit d'autres, d'une teinte brunâtre, dues à des dépôts de pigment. Ce pigment se forme là où les hématies sont absorbées par les cellules conjonctives et désorganisées dans ces cellules. La bilirubine prend naissance lorsque les globules rouges du sang extravasé (ou injecté sous la peau) subissent la nécrose en abandonnant leur hémoglobine. Cette dernière est transformée en bilirubine par les éléments cellulaires du tissu conjonctif.

Partant de ce point, que jusqu'ici on n'a pas pu démontrer la formation de bilirubine dans le sang, Quincke critique la qualification d'*hématogène* donnée aux variétés d'ictère dont la cause ne réside pas dans le foie, par opposition aux ictères *hépatogènes*. Il propose de substituer au terme d'hématogène celui d'*anhépatogène*, sous prétexte que le sang ne joue toujours qu'un rôle passif dans la formation de la bile, rôle qui consiste à fournir les matériaux (hémoglobine) aux dépens desquels est formée la bilirubine ; ce rôle est le même, que l'ictère dépende d'un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin ou que sa cause réside hors du foie.

Dans un autre chapitre, Quincke fait ressortir la variabilité des résultats obtenus chez des animaux d'espèces différentes, à la suite des injections de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané. Chez les pigeons comme chez les chiens, il se fait une transformation d'hémoglobine en bilirubine, transformation qui fait défaut chez les lapins et les cobayes (Langhans). Cette métamorphose est donc en rapport avec une activité propre des tissus vivants de certaines espèces animales, activité qui s'exerce quelle que soit la provenance du sang injecté sous la peau. Ainsi, quand on injecte sous la peau d'un pigeon du sang de lapin ou de cobaye, on voit encore s'opérer une transformation d'hémoglobine en bilirubine.

Des différences analogues se remarquent, d'une espèce à l'autre, dans la facilité avec laquelle les tissus et les humeurs se chargent de matière colorante biliaire. Chez l'homme, par exemple, dans un cas d'ictère par résorption, la bilirubine n'apparaît dans les urines que lorsque les tissus sont déjà notablement imprégnés de cette matière colorante ; chez le chien, la cholurie s'observe sitôt qu'il existe le moindre obstacle au cours naturel de la bile. Chez les lapins, il suffit de soumettre l'animal à un jeune de vingt heures, pour voir survenir la cholurie.

Ce fait concorde avec le peu d'intensité qu'affecte, chez les lapins, l'ictère consécutif à une oblitération prolongée du canal cholédoque.

Dans les cas d'ictère des nouveau-nés, malgré que la peau présente une teinte ictérique très accusée, on ne trouve presque jamais d'urobiline dans l'urine. Cette matière colorante ne se rencontre que dans l'urine des adultes. Tous ces faits prouvent que d'une espèce à l'autre, et sans sortir de l'espèce aux différentes périodes du développement, les tissus présentent des affinités variables pour la matière colorante biliaire.

(1) VIRCHOW'S ARCHIV., t. XCV, fasc. 1, p. 125, 1884.
(2) LIVERPOOL MED. CHIRURG. JOURNAL, 1883, no 5.
(3) VIERTELJAHRSSCHRIFT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS, 1883, p. 455.
(4) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN., t. VII, fasc 4, p. 321, 1884.
(5) DEUT. ARCHIV. FÜR KLIN. MEDICIN., t. XXXIV, fasc. 4, p. 388, 1884.
(6) PETERSBURGER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, no 8.
(7) DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t. XIX, fasc. 3, p. 480, 1884.
(8) WIENER MED. PRESSE, 1884, no 14.

On ne saurait donc, en présence de résultats expérimentaux obtenus en opérant sur des animaux de certaines espèces, tirer des conclusions générales, sans plus ample informé.

Dans un dernier chapitre, Quincke essaie de démontrer qu'il n'existe pas d'ictère urobilinique, c'est-à-dire *hémaphéique*. Les faits qu'on a décrits sous ce nom ne seraient, d'après Quincke, que des cas d'ictère *biliphéique* à un faible degré, opinion que l'auteur fonde sur des recherches personnelles.

II. L'observation de M. ASHBY est relative à un garçon de quatre ans, chez lequel l'existence d'une atrophie jaune du foie — caractérisée par de l'ictère sans augmentation de volume de la glande hépatique, par une diathèse hémorrhagiparre et des vomissements, par de l'œdème, par des symptômes cérébraux — fut confirmée par les résultats de l'autopsie.

III. Dans l'observation de POSPELOW, il s'agit d'une femme âgée de 20 ans, enceinte pour la quatrième fois, en traitement à l'hôpital pour des accidents syphilitiques. Dans le cours de la quatrième semaine à son admission à l'hospice, cette femme présenta les premiers symptômes de l'atrophie jaune aiguë du foie; elle succomba en quelques jours. M. Pospelow a étudié avec soin les altérations du tégument externe chez cette femme : sur toute la surface du corps, la peau, colorée en jaune, présentait l'aspect de la chair de poule ; la couche cornée était ramollie. Les cellules de la couche de Malpighi étaient œdémateuses, tuméfiées, avec protoplasma granuleux et noyaux en voie de division. Les papilles étaient très saillantes, les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques qui constituaient leur stroma étaient entrelacés, principalement dans le voisinage des vaisseaux. Ceux-ci étaient distendus par des globules rouges et blancs ; les cellules de leur endothélium étaient granuleuses. Les vaisseaux artériels plus volumineux du tissu cellulaire sous-cutané étaient le siège d'une artérite très nette ; les veines, simplement dilatées, ne présentaient pas d'altérations de leurs parois. Les éléments musculaires de la peau étaient tuméfiés, infiltrés de granulations. Le tissu intermusculaire était œdémateux, épaissi, infiltré de noyaux. Les follicules pileux étaient épaissis, et dans le voisinage de leurs vaisseaux on apercevait un grand nombre de cellules arrondies et fusiformes. La cuticule des poils était par places très épaissie. Les anses vasculaires des glandes sudoripares étaient également augmentées de volume. L'épithélium des canaux excréteurs était en état de dégénérescence.

Ces altérations seraient, d'après l'auteur, dans un rapport étroit avec la maladie générale qui a causé la mort.

IV. Un ébéniste, âgé de 39 ans, robuste, d'une bonne santé antérieure, ne faisant pas de grands excès de boissons, fut pris d'accidents gastriques (pesanteur à l'épigastre, regurgitations, nausées, vomissements acides), après avoir mangé d'une saucisse préparée avec du foie et plus ou moins altérée. Au bout de dix jours, la maladie se compliqua d'un ictère catarrhal, suivi bientôt des manifestations d'une véritable diathèse hémorrhagiparre : sugillations étendues dans le tissu cellulaire sous-cutané et à la langue. Les matières fécales n'étaient pas entièrement décolorées. Léger œdème péri-malléolaire. La rate et le foie étaient augmentés de volume. Sept semaines après le début de l'ictère, le malade succombait, à la suite d'hématuries abondantes. A l'autopsie, on trouva, comme seule lésion capable d'expliquer le développement de l'ictère, une obstruction du canal cholédoque par une tuméfaction polypeuse de la muqueuse et par un bouchon de mucus. Les canaux biliaires étaient considérablement distendus. Des suffusions hémorrhagiques existaient dans différents organes. La cavité abdominale contenait du sang en grande partie coagulé.

En somme, les principales manifestations de l'ictère grave, en particulier les symptômes cérébraux, ont manqué dans ce cas. Le malade est mort d'une véritable décomposition du sang, qui a eu pour cause, c'est du moins l'avis des deux auteurs, la résorption des acides biliaires, favorisée par une prédisposition individuelle, par une vulnérabilité excessive des vaisseaux.

V. Le travail de M. Simmonds, basé sur neuf observations personnelles que l'auteur a rapprochées de faits analogues tirés en partie de recueils français (Kiener et Kelsch, Sabourin, Lancereaux, Sevestre, Merklen), aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'*hyperplasie nodulaire solitaire du foie* représente une tumeur enkystée, constituée par du tissu conjonctif et du tissu hépatique hyperplasié, qu'on rencontre fortuitement dans des foies qui présentent, dans le reste de leur masse, une structure normale ; c'est peut-être une production congénitale.

2° Les *hyperplasies nodulaires multiples* représentent presque toujours de petites nodosités enkystées, constituées par du tissu hépatique en voie d'hyperplasie : on ne les rencontre que dans des cas de dégénérescence étendue à une grande partie du foie ; elles surviennent à titre de lésions compensatrices.

3° Les *adénomes multiples* sont des tumeurs à structure glandulaire, qui s'enkystent prématurément, et dont les cellules dérivent des cellules du foie. La néoformation reconnaît pour cause provocatrice l'hépatite interstitielle concomitante. Ces adénomes ne donnent pas lieu à des métastases, mais se transforment quelquefois en carcinomes ;

4° Les *adénomes solitaires* se rencontrent dans des foies à structure parfaitement normale.

VI. Dans le cas relaté par M. Pawlowski, le lobe droit du foie, considérablement augmenté de volume, logeait une tumeur qu'une capsule du tissu conjonctif délimitait du parenchyme hépatique. Cette tumeur était creusée d'une excavation du volume d'une tête d'enfant, remplie de sang. D'après l'auteur, il s'agissait là d'une néoplasie épithéliale, dont les éléments, agencés suivant le type des glandes tubuleuses, entretenaient des rapports très étroits avec les canaux biliaires. La tumeur était très riche en vaisseaux.

VII. M. BECK publie l'observation d'un artilleur qui, ayant reçu plusieurs coups de pied de cheval sur le ventre, présenta dans le courant des premières vingt-quatre heures qui suivirent l'accident, des symptômes de nature à faire croire à une perforation de l'intestin. Or, le dixième jour, le malade rendit des gaz par l'anus ; deux jours après, le cours des matières fécales était rétabli. C'est seulement dans la suite que le malade accusa des douleurs dans la région du foie ; en même temps, la température interne se mit à monter et on constata les signes d'un épanchement pleural.

Le trentième jour après l'accident, on pratiqua une thoracentèse qui donna issue à du pus. On laissa une sonde à demeure, pour faciliter l'écoulement du liquide. Le malade,

consumé par la fièvre hectique, succomba dans le marasme, six mois après l'accident.

A l'autopsie, on trouva à la surface du lobe gauche du foie une cicatrice mesurant 3 centimètres en longueur et en largeur, 3 millimètres en profondeur, adhérente en partie au péritoine. Sur la face supérieure du diaphragme se voyait une saillie gélatiniforme, légèrement adhérente au poumon droit. A ce même niveau, le diaphragme était soudé à la face supérieure du foie. Il y avait donc eu déchirure du foie, avec abcès consécutif ouvert dans la plèvre. Les dépôts qui s'étaient formés à la surface de cette membrane et à la surface de l'intestin présentaient un caractère manifestement tuberculeux. (Dans ce même travail, l'auteur s'occupe des déchirures traumatiques de la vessie et de l'intestin.)

VIII. CHIARI rapporte deux observations de rupture traumatique du foie : une première concerne un jeune homme de 20 ans, qui présenta les symptômes d'une lésion abdominale interne, trois semaines après une chute du haut d'une échelle. Le malade succomba avec les signes d'une pleurésie double compliquée d'un œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva une vaste déchirure du lobe gauche du foie, dont le parenchyme était en grande partie réduit en une bouillie qui remplissait une excavation du volume d'une tête d'enfant. Cette cavité était séparée du tissu sain par une zone de nécrose, de 1 centimètre d'épaisseur. Avec cela, les traces d'une péritonite hémorrhagique et d'une pleurésie séro-fibrineuse double.

Dans la seconde observation, il est question d'un homme qui mourut à l'âge de quarante ans, d'un cancer de l'estomac avec foyers métastatiques dans le foie. A l'autopsie, on trouva fortuitement une déchirure de cet organe, qui avait dû se faire quatre jours auparavant, sans cause appréciable. On peut se demander s'il y avait eu rupture spontanée par suite d'un accroissement rapide des masses cancéreuses, ou si, par suite de la grande friabilité du foie, cet organe s'était déchiré sous l'influence d'une insulte mécanique minime, qui avait passé inaperçue.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

A. CORONA. *Sur la régénération partielle du foie* (ANNALI UNIVERSALI DI MED. E CHIRURG., mai 1884).

GRIFFINI. *Étude expérimentale sur la régénération partielle du foie* (ARCHIVIO PER LE SCIENCE MED., t. VII, n° 8, 1884).

H. CURSCHMANN. *Sur le diagnostic différentiel des affections du foie accompagnées d'ascite et des affections du système porte* (DEUTSCHE MED. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 35).

LOMER. *Sur un cas d'oblitération partielle congénitale des canaux biliaires* (VIRCHOW'S ARCHIV., t. XCIX, fasc. 1, p. 130, 1885.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DU SEIN CHEZ L'HOMME, par le docteur P. POIRIER, prosecteur de la Faculté.

L'histoire des tumeurs du sein chez l'homme était assez mal connue, et des pages éparses dans les recueils français et étrangers, quelques thèses déjà anciennes, constituaient sur ce sujet toute la littérature médicale. M. Poirier a groupé les faits publiés, y a ajouté des observations nouvelles et a produit un travail d'ensemble des plus complets aux points de vue anatomo-pathologique et chirurgical.

L'existence des tubercules de la mamelle, qui venaient d'être étudiés par M. Dubar, est démontrée chez l'homme par une observation que l'auteur place en tête de sa thèse. Il entre dans les détails les plus minutieux, et sa description, dans l'état actuel de la science, équivaut à une étude didactique de la maladie. La confirmation histologique, qui seule permet d'établir le diagnostic, est fournie par une note très étendue qui laisse d'autant moins de doutes qu'elle rappelle en tous points la description donnée par M. Dubar du tubercule de la mamelle chez la femme.

M. Poirier aborde ensuite l'histoire de tumeurs un peu plus fréquentes. Le sarcome, l'épithéliome, le carcinome du sein, ont été observés chez l'homme ; la plus rare est l'épithéliome dont les quatre cas seulement qui ont pu être relevés font cependant reconnaître deux modes de début tantôt par la peau, tantôt par la glande. Le sarcome est un peu plus fréquent ; des observations accompagnées d'examen histologique établissent la nature du mal.

C'est le carcinome qui est de beaucoup le plus fréquent. Diverses variétés ont été observées ; on a vu le cancer mélanique, encéphaloïde, le cancer en cuirasse ; mais le plus commun est le cancer fibreux, correspondant à l'ancienne dénomination de squirrhe. C'est lui qui sert de base à l'étude clinique des tumeurs désignées sous le nom de cancer du sein par laquelle M. Poirier résume sa thèse. C'est de quarante-cinq à soixante-cinq ans que survient le cancer du sein chez l'homme ; il débute par une petite induration limitée qui reste stationnaire de six mois à cinq ans, puis acquiert rapidement le volume d'une noix ; le mamelon se rétracte, la tumeur est dure et bosselée. Autour d'elle apparaissent alors de petits nodules dont les caractères reproduisent ceux de la tumeur principale. Bientôt la peau rougit, se perfore, et l'ulcération à bords indurés, à fond très résistant, augmente lentement. Des hémorrhagies parfois très abondantes peuvent survenir à ce moment. L'état général reste très longtemps satisfaisant, réserves faites pour les cas de généralisation ; celle-ci est peu fréquente, mais elle a été observée au foie, aux poumons, aux plèvres, etc. La durée de l'affection peut être fixée approximativement à trois ans et demi.

Le seul traitement rationnel est l'extirpation qui offre quelques chances de plus chez l'homme que chez la femme. Le cancer du sein est en effet un peu moins grave pour l'homme, parce qu'il se manifeste chez lui sous des formes moins mauvaises et qu'il évolue plus lentement. Soixante-deux observations recueillies dans les publications antérieures, jointes aux faits personnels de M. Poirier, complètent ce travail peu commun, intéressant à plus d'un titre et qui vient combler une lacune de la littérature chirurgicale.

Dr E. DESNOS.

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE FAITES A L'HÔPITAL NECKER, par le docteur CH. MONOD, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, 121 pages. — Paris, A Delahaye, 1884.

Dans ce fascicule, l'auteur a réuni six des leçons qu'il a faites à Necker pendant qu'il suppléait M. le professeur Trélat. L'une est relative au cancer du sein : M. Monod y réfute

habilement la doctrine de l'expectation, soutenue récemment par Korteveg (d'Amsterdam), avec l'aide des nombreux matériaux qu'il a pu recueillir dans la littérature étrangère et qui étaient malheureusement peu connus en France. C'est un plaidoyer remarquable en faveur de l'intervention; mais l'auteur ne manque pas d'établir sur des faits précis et méthodiquement exposés la question des indications et contre-indications.

Sa leçon sur le cancer du testicule est une véritable monographie où il résume tous les travaux publiés jusqu'à ce jour sur les tumeurs du testicule chez l'enfant.

Notons encore une leçon sur le traitement du bec-de-lièvre, a propos de laquelle M. Monod retrace les idées émises par Broca dans un article publié par lui en 1876 dans les Archives de chirurgie clinique de New-York et qui résumait sa pratique. L'auteur présente sous forme de résumé un excellent tableau des indications opératoires et des procédés à suivre pour la cure de ce vice de conformation.

Signalons enfin une leçon intéressante sur l'opération d'Eslander, à propos de son cas bien connu, une étude complète du mal perforant au point de vue doctrinal et pratique, et un chapitre sur la tuberculose du testicule, à propos de laquelle il présente un très bon exposé de la tuberculose en général et discute avec grand soin la question de la castration.

Ce volume, on le voit, contient quelques-unes des questions les plus intéressantes de la chirurgie; il est riche de matériaux bibliographiques soigneusement dépouillés et de faits cliniques utiles au praticien. La lecture en est facile et agréable et nous ne saurions trop le recommander.

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée auxiliaire et du médecin auxiliaire, par M. le docteur Petit, médecin aide-major. — Paris, O. Doin, 1884.

L'article 17 du règlement du 22 juillet 1883 prescrivant un examen aux médecins civils qui aspirent aux emplois de la réserve et de l'armée territoriale, M. Petit a eu l'heureuse idée de venir en aide à ses confrères civils en résumant dans ce petit livre les connaissances exigées dans le programme et en publiant les extraits des règlements les plus importants.

C'est un guide fort bien fait, très clair, agréable à lire et qui évitera bien des recherches pénibles et ennuyeuses dans le Journal militaire officiel.

Nous félicitons notre confrère de l'armée de l'initiative qu'il a prise, et nous souhaitons à son livre tout le succès qu'il mérite.

Manuel du brancardier, par M. Gross (de Nancy). Nancy, 1884.

Ce livre présente le résumé de l'enseignement que fait depuis trois ans le professeur Gross (de Nancy), sous le patronage du comité de Nancy.

Il comprend trois chapitres : le premier est consacré aux soins généraux à donner aux blessés; le deuxième comprend des notions élémentaires sur la nature des plaies et les règles à suivre en cas d'hémorrhagies et de fractures, ainsi que les principaux bandages applicables sur le champ de bataille; le troisième est réservé aux moyens de transport (transports à bras, sur brancards, dans les voitures).

Les livres de ce genre abondent aujourd'hui, mais celui-ci se recommande tout spécialement à l'attention du public par la haute situation et la compétence spéciale de l'auteur et aussi par le charme qu'il présente à la lecture.

Ajoutons qu'il est orné de jolis croquis qui aident à faire comprendre les diverses positions à prendre pour le transport des blessés.

Picqué.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques. — Thèse, par M. Lebreton, ancien interne des hôpitaux.

Les localisations pulmonaires du rhumatisme sont connues depuis longtemps; mais la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'ont eu en vue que des complications viscérales dans le cours d'une attaque régulière; rarement, ils ont signalé ces localisations comme phénomène prémonitoire précédant de quelques jours les accidents articulaires, plus rarement encore comme manifestation isolée et unique de la diathèse. M. Lebreton étudie ces deux dernières variétés de la maladie, et son remarquable travail est une exposition claire et érudite de cette question difficile.

Ces accidents pulmonaires sont plus fréquents qu'on ne le croit, et s'il est des cas où ils sont liés à une affection du cœur, ainsi qu'on l'a dit, l'auteur cite plusieurs faits où le cœur était parfaitement indemne.

Le mot de « pneumonie rhumatismale » doit être abandonné, car à l'autopsie on trouve de la congestion, de la splénisation, des noyaux semblables à ceux de la broncho-pneumonie, mais jamais de la pneumonie véritable. Au point de vue clinique, l'affection présente aussi plusieurs caractères particuliers : la face du malade, au lieu d'être vultueuse, rouge, est pâle, le corps baigné de sueurs acides et profuses; les signes stéthoscopiques sont d'une fugacité et d'une mobilité extrêmes.

Ces accidents sont d'ordinaire peu graves, mais ils sont sujets à se répéter plusieurs fois.

A côté de la forme pneumonique, il faut étudier la forme œdémateuse, qui peut affecter tantôt une marche lente avec dyspnée, toux pénible, expectoration abondante, tantôt une marche foudroyante. Ce qui domine, c'est non seulement la congestion, mais surtout l'œdème.

Après les manifestations rhumatismales, l'auteur expose les manifestations arthritiques : les hémoptysies, les accès rémittents, « véritable goutte du poumon », dont les crises habituellement nocturnes sont caractérisées par une toux sèche d'abord, puis suivie de crachats filants et spumeux et d'un écoulement nasal considérable. Le jour, le malade est absolument calme; les nuits suivantes les accès reviennent pour disparaître au bout de quelque temps aussi brusquement qu'ils ont débuté. On peut rapprocher cette congestion rémittente d'une des formes de la rhino-bronchite spasmodique.

Quant au « bruit arthritique », M. Lebreton pense, avec Woillez et Huchard, qu'il est plutôt dû à de la congestion qu'à un frottement pleural.

Paul Dalché.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LA TUBERCULOSE EXTERNE, par M. LUCIEN PETITOT, ancien externe des hôpitaux.

Le sujet que M. Petitot a choisi pour sa thèse inangurale est à l'ordre du jour. Ce travail, fait sous l'inspiration de M. Bouilly, est un résumé des opinions exprimées jusqu'à ce jour sur la question de la tuberculose chirurgicale, et en même temps il met en lumière les idées personnelles de plusieurs maîtres, de MM. Bouilly, Lannelongue, Verneuil, etc.

M. Petitot rappelle d'abord les données actuelles sur la marche du tubercule ; la théorie bacillaire est exposée sommairement et l'auteur insiste surtout sur l'appui qu'elle apporte à la doctrine de l'auto-inoculation. La tuberculose étant au début bien plus localisée que locale, elle n'entre en puissance de tel ou tel point de l'économie que lorsqu'une porte lui a été ouverte et qu'elle a trouvé un passage vers un terrain de culture fertile où elle deviendra un foyer d'éruption. Aussi est-on en droit de conclure que, *si on ne prend des précautions*, on peut, en intervenant, aggraver la situation du malade en créant par l'inoculation des foyers nouveaux, quelquefois multiples, externes on viscéraux.

Il y a donc des cas où on ne doit jamais intervenir. Ce sont ceux où la lésion externe est bien limitée, à évolution lente et peut rester stationnaire ou guérir ; ou bien au contraire quand les lésions pulmonaires sont très intenses et très aiguës. Dans ces cas, un traitement médical attentif et prolongé peut être d'une grande utilité, et on est même en droit aujourd'hui de compter sur la guérison dans des circonstances déterminées ; c'est d'ailleurs un adjuvant presqu'indispensable du traitement chirurgical. Mais combien de fois échoue-t-il ? C'est alors qne se pose la qnestion du traitement chirurgical.

On est autorisé à agir quand la néoplasie tuberculeuse ne s'arrête pas et devient un danger, parce qu'elle suppure et épuise le malade et qu'elle a une tendance à se généraliser. Lorsque l'infiltration tuberculeuse fait des progrès et qu'on est certain qu'une barrière fibreuse ne s'interpose pas entre les éléments phymatogènes et les tissus sains, il y a lieu d'intervenir par une opération chirurgicale. L'emploi de la méthode antiseptique légitime cette intervention, mais il est indispensable. Il ne suffit pas de donner issue aux produits dégénérés de la tuberculose locale, il faut enlever le mal, tout le mal et même au delà du mal. C'est le raclage qu'on emploiera s'il s'agit de tissus mous, l'évidement en cas d'affections osseuses.

Si les lésions tuberculeuses sont très étendues, c'est à l'amputation de l'organe ou du membre affecté qu'il faut avoir recours. Quant à l'influence du traumatisme sur l'extension des lésions pulmonaires, l'auteur ne la croit pas mauvaise et après une opérations il a vu la maladie du poumon tantôt rester stationnaire, tantôt s'améliorer. On voit que c'est là une conclusion tout opposée à celle que Charles Leroux avait tirée de l'examen de nombreuses observations.

L'auteur passe en revue les abcès par congestion, la tuberculose osseuse, les synovites tendineuses tuberculeuses, la tuberculose des ganglions, du testicule. Des observations nombreuses et bien prises accompagnent chaque chapitre. Quelques pages consacrées à la technique opératoire terminent ce travail consciencieux, fait avec le plus grand soin, qui résumé d'une manière nette et précise les points les plns intéressants de l'histoire de la tuberculose chirurgicale.

Dr E. DESNOS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA SALUBRITÉ DANS LA VILLE DE MARSEILLE, par le docteur MARIUS REY. — Broch. in-8, 1884.

Voici une intéressante brochure que notre collaborateur, M. Marius Rey, a consacrée à l'étude de la salubrité dans la ville de Marseille. Ce travail est tout d'actualité au moment où cette ville vient une fois de plus d'être victime du choléra. Après nous avoir dévoilé les causes d'insalubrité d'un centre aussi important, après avoir montré que Marseille à l'est, au sud et à l'ouest, est entouré d'un grand égout collecteur à ciel ouvert, représenté par le Jarret, l'Huveaune et le vieux port, M. Marius Rey réclame d'une ville qui est *assez riche pour avoir le droit d'être salubre, et au moins le devoir d'être propre*, les réformes suivantes : 1o Interdire l'usage des tinettes filtrantes ; 2o exiger l'emploi de siphons obturateurs dans le système des puisards ; 3o combler le canal de Rive-Neuve devenu sans utilité et dont l'eau stagnante exhale des odeurs nauséabondes, malsaines, au centre même de la ville ; 4o étudier les travaux qu'il conviendrait d'exécuter pour que les égouts ne viennent plus se terminer dans le vieux port et le Jarret ; 5o achever le réseau d'égouts, reconstruire les vieux égouts et tous ceux qui donnent naissance à de nombreuses et nuisibles infiltrations ; 6o remédier aux causes d'insalubrité de certains quartiers tenant à des travaux de voirie inachevés ou à la présence d'établissements insalubres.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

FORMULAIRE

MIXTURE ANTI-ODONTALGIQUE.

(HILLISCHER.)

Rec.	Chlorhydrate de cocaïne....	1 partie.
	Cbloral........................	0,5
	Chlorhydrate de morphine.	0,01
	Glycérine......................	q. s.

Pour f. s. a. une pâte qu'on appliquera sur la pulpe enflammée de la dent malade et qu'on laissera en place pendant dix minutes et plus.

On peut encore employer une simple solution alcoolique de chlorhydrate de cocaïne (2 0/0), qui devra être d'autant plns concentrée que la dentine sera plus sensible.

L'anesthésie locale ainsi obtenue peut être avantageusement utilisée pour les différentes opérations destinées à remédier à la carie dentaire.

Enfin, pour insensibiliser le nerf, on peut pousser dans la pulpe préalablement anesthésiée quelques gouttes d'une solution (20 0/0) de chlorhydrate de cocaïne, en se servant de la seringue de Pravaz. (WIENER MED. WOSCHENSCHRIFT, 1885, no 2.)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

L'UNION DES SYNDICATS. — En attendant que le jugement du tribunal de Domfront, qui « ne reconnaît pas aux professions libérales la faculté de se constituer en association professionnelle », vienne en appel devant la cour de Caen, et

fournisse ainsi l'occasion de fixer la jurisprudence relative aux syndicats médicaux, ceux-ci se multiplient, s'organisent et s'unissent en une fédération pour la défense des intérêts professionnels. Une assemblée générale des délégués des syndicats, qui a eu lieu au mois de juillet dernier, a arrêté les statuts de l'*Union des syndicats* et nommé un bureau chargé de l'administration et des intérêts généraux de l'œuvre. Ce bureau, composé de MM. Gibert (du Hâvre), président; Cézilly (de Paris), vice-président; Barat-Dulaurier (Gironde), secrétaire; Millet (Oise) et Destrem (Paris), a inauguré ses fonctions le 28 décembre dernier. L'un de ses premiers actes a été le dépôt à la préfecture de la Seine de la déclaration de l'*Union des syndicats*.

— Distribution des prix a l'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière. — Cette distribution a eu lieu le 28 décembre dernier sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, qui, dans une allocution fortement applaudie, a rendu hommage aux efforts et au zèle des infirmières pour se mettre au niveau de l'instruction théorique qu'elles reçoivent à la Salpêtrière.

M. Bourneville, qui a tant fait pour la création et le succès des Ecoles d'infirmiers et d'infirmières, a, dans un long discours, raconté les luttes qu'il a eu à soutenir, les difficultés qu'il a dû vaincre, et tracé le programme de ce qui reste à faire pour mener l'œuvre à bonne fin.

On a proclamé ensuite les noms des lauréates et distribué les récompenses.

— Le Journal officiel, et après lui plusieurs journaux de médecine, ont inséré un passage du rapport de la commission du budget, annonçant que l'Académie de médecine sera bientôt en possession d'un hôtel, grâce à la générosité d'un de ses membres.

Renseignements pris, la nouvelle n'est pas rigoureusement exacte. L'Académie a reçu il y a quelques années du docteur Demarquay un legs de cent mille francs pour une « installation digne d'elle », dit le testament, et cette somme est déposée à la caisse des consignations, mais c'est là de l'histoire ancienne, et nous ne pensons pas qu'aucun hôtel n'ait été légué à l'Académie par un autre donataire généreux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première session, 1885. — Paris. — Semaine de Pâques

Questions a l'ordre du jour (1).

I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

R. F. D.

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Merland à Nantes, et de M. le docteur Sala, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

***

Conseils sanitaires. — Suivant un décret du 30 décembre 1884, font partie de droit de ces conseils, indépendamment des personnes désignées dans l'article 102 du décret du 22 février 1876, le professeur d'hygiène de la faculté de médecine, de l'école de médecine de plein exercice, ou de l'école de médecine navale située dans le département; le médecin des épidémies de l'arrondissement.

***

Ecoles militaires. — Par décision ministérielle du 6 janvier 1885, les 9 élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, et l'élève dudit service, reçu pharmacien de 1re classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaire à l'école de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 25 décembre 1884, savoir :

Docteurs en médecine : MM. Castel, de l'hôpital militaire du Gros Caillou; Vallois, de l'hôpital militaire de Saint-Martin; Quéhéry, de l'hôpital militaire de Saint-Martin; Pauzat, de l'hôpital militaire de Saint-Martin; Goudal, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Fradet, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; Lejour, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; de Casaubon, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; de Vésian, de l'hôpital militaire de Saint-Maatin.

Pharmacien de 1re classe : M. Gaillard, de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1884.

322. M. Weber. De l'amaurose saturnine. — 323. M. Torkomian. Etude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale. — 324. M. Deschamps (Albert). Contribution à l'étude du choléra endémique en Cochinchine. — 325. M. Tissot. Fièvres récurrentes malariennes. — 326. M. Lalou. Etude anatomique et physiologique sur l'élasticité pulmonaire. — 327. M. Guyot. Contribution à l'étude des fistules sterco-purulentes. — 328. M. Denux. Etude sur la valeur thérapeutique de l'empyème. — 329. M. de Vésian. Etude sur la pathogénie des poumons et du cœur chez les bossus. — 330. M. Durieux. Des complications pleurales du rhumatisme chez les enfants. — 331. M. Pilven. De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre. — 332. M. Christiansen. Quelques considérations étiologiques cliniques et thérapeutiques sur les syphilides ulcéreuses. — 333. M. Verdié. Des anévrysmes d'origine syphilitique. — 334. M. Oudaille. De l'hydarthrose tuberculeuse. — 335. M. Calisti. Contribution à l'étude des luxations du cristallin. — 336. M. Eymeri. — Du cascara sagrada (Rhamnus purshiana). Etude clinique et thérapeutique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 JANVIER 1885.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 3. — Rougeole 38. — Scaratine 5. — Coqueluche 12. — Dipthérie, croup 45 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 48. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 18. — Autres affections générales 76 — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 73. — Pneumonie 74. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 31, — au sein et mixte 21. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 133. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 111. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 37. — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 1192 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Wilhem Ebstein — *Die Natur und Behandlung der Harnsteine.* — Un beau volume grand in-8 avec atlas de cinq planches en chromolithographie. Wiesbaden. J.-F. Bergmann, 1885. Prix : 16 marks.

Wilhem Ebstein. — *Zur abwehr in der Frage, Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung.* — Une brochure in-8. Wiesbaden. J.-F. Bergmann 1885. Prix : 1 m. 60.

Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux, publié par MM. Charles Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et G. Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris. (21e année, 1885).

Ce journal paraît tous les deux mois et contient : 1° Des *travaux originaux* sur les divers sujets que comporte son titre; 2° l'*analyse* et l'*appréciation* des travaux présentés aux Sociétés françaises et étrangères; 3° une *revue* des publications qui se font à l'étranger sur la plupart des sujets qu'embrasse le titre de ce recueil.

Il a en outre pour objet : la *tératologie*, la *chimie organique*, l'*hygiène*, la *toxicologie* et la *médecine légale* dans leurs rapports avec l'anatomie et la physiologie;

Les applications de l'anatomie et de la physiologie à la *pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique*.

Un an, Paris, 30 fr.; départements et étranger, 33 fr.; la livraison, 6 fr.

On s'abonne sans frais à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'Étranger, et dans tous les bureaux de poste.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 4 24 JANVIER 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : Place Saint-Michel, 4.

CLINIQUE MÉDICALE

(HOSPICE DES INCURABLES. — SERVICE DE M. LE Dr RAYMOND.)

OBSERVATIONS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ARACHNITIS ET DE LA LEPTO-MÉNINGITE SPINALE CHRONIQUE. — SCLÉROSE MÉDULLAIRE SECONDAIRE, par M. RIBAIL, interne du service.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

LEPTO-MÉNINGITES

Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire complète de la lepto-méningite; nous désirons seulement établir (ce qui a d'ailleurs été déjà prévu par divers auteurs, Vulpian, Leyden) que, consécutivement aux lésions chroniques des méninges, il peut se produire des lésions médullaires secondaires.

M. Déjerine a montré, récemment, que, dans les scléroses combinées, la sclérose des cordons latéraux se développait consécutivement à la méningite, secondaire elle-même aux tabes; nous désirons prouver que quelque chose d'analogue peut se produire dans les méningites primitives.

OBS. I. — La nommée Ley..., 68 ans, lingère, entre à l'infirmerie d'Ivry le 27 juin 1884.

Père mort d'apoplexie à 69 ans; il avait été rhumatisant pendant sa vie.

Mère avait souvent des attaques de nerfs avec boule hystérique et perte de connaissance.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de huit ans.

En 1840, eczéma sec ayant duré cinq mois environ.

Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

Il y a sept ans, coliques hépatiques.

Depuis, à plusieurs reprises, les jambes ont été enflées et la malade a des palpitations.

Entrée à Ivry en 1881 pour une bronchite chronique.

Depuis son entrée, affaiblissement progressif, perte de l'appétit et dégoût pour la viande, souvent vomissements bilieux.

Depuis cet hiver (1884), les jambes deviennent de plus en plus faibles et lourdes, et la malade, qui jusqu'alors marchait bien, ne peut plus le faire qu'avec l'aide d'une voisine.

En mars 1884, la malade, en voulant se lever, tombe pour la première fois par faiblesse des jambes. Elle affirme n'avoir eu aucun vertige, ni aucun trouble cérébral.

En mai, elle tombe pour la seconde fois en se levant; il n'y eut pas non plus de troubles cérébraux.

Le 27 juin, coliques, diarrhée, frissons et vomissements accompagnés de toux et de râles.

A son entrée. — Assez bonne mine; ne paraît pas plus que son âge.

Assise, elle se tient assez bien; elle tremble cependant un peu, surtout de la tête.

La respiration est difficile et se fait par grandes inspirations.

Faciès cardiaque.

Membres supérieurs. — Au repos, les membres supérieurs ne tremblent pas. La force musculaire y est conservée.

Si on fait prendre un verre de la main droite, le tremblement apparaît et s'exagère à mesure que le mouvement dure, tellement qu'elle ne peut porter le verre à sa bouche.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger

SOMMAIRE : La crémation aux Etats-Unis. — L'examen d'Etat de Pennsylvanie. — L'Université d'Edimbourg. — L'admission des femmes au collège des chirurgiens d'Irlande. — L'Institut dentaire à Berlin. — Le collège des médecins d'Ontario.

La crémation qui, en Europe, rencontre et rencontrera longtemps encore de nombreux obstacles avant d'entrer dans les mœurs populaires, s'établira beaucoup plus vite en Amérique. Le second *crematorium*, bâti aux Etats-Unis à l'aide de souscriptions particulières, a été inauguré à Lancaster, dans l'Etat de Pennsylvanie, le 25 novembre dernier. La première pierre du troisième vient d'être posée à New-York presque en même temps. La Société de Lancaster avait été formée en mai 1884. Six mois après, elle inaugurait le monument par une première crémation.

Le règlement du *crematorium* de Lancaster est assez simple. Les intéressés doivent produire un certificat de décès émanant du médecin qui a soigné le mort pendant sa dernière maladie. Le corps doit être dans un linceul de coton ou de toile; toutes les matières métalliques, telles que boutons, agrafes, étant prohibées. La bière doit être en bois, ou, ce qui serait préférable, en zinc. Pour éviter les dépenses inutiles, lorsque le corps est accompagné par des amis, un billet de voyageur est pris pour le mort et celui-ci mis aux bagages. Quand un service religieux est demandé, la Société procure un des pasteurs de la ville.

Le prix d'une crémation est de 125 fr., plus 50 francs pour le transport du corps, de l'endroit où il se trouve déposé, au *crematorium*, les services de l'entrepreneur, une voiture pour les amis et un réceptacle pour les cendres. La somme doit être versée avant la crémation. La Société fournit un corbillard pour 25 fr., et des voitures pour 15 fr. chaque. Il n'est nullement question dans le règlement de médecine légale, c'est-à-dire des restrictions qui pourraient être invoquées par l'autorité et par conséquent de son intervention ; un simple certificat de décès suffit.

Au dire de la malade, ce tremblement aurait débuté cet hiver.

De plus, elle se plaint d'avoir toujours froid au bras droit.

Du côté gauche, le tremblement est moins marqué.

Il n'y a pas d'exagération du réflexe tendineux.

Sensibilité intacte; peut-être quelques plaques de légère hyperesthésie?

Membres inférieurs. — Amaigris, surtout à droite.

Les réflexes tendineux ont disparu; il n'y a pas d'épilepsie spinale.

La sensibilité à l'exploration est intacte, mais il existe des douleurs fulgurantes plus marquées la nuit.

Grand affaiblissement des membres inférieurs, et la malade insiste sur ce fait qu'il est plus marqué pendant le décubitus et dans les moments qui succèdent au lever que quand il y a quelque temps qu'elle est levée ou assise.

Au niveau de la région dorsale inférieure, on produit par la percussion des vertèbres, une légère douleur, mais il n'y a pas de douleurs spontanées.

La vue est affaiblie; quelquefois diplopie; pas de strabisme; rien à noter du côté des pupilles.

Au cœur, le premier temps à la pointe est un peu soufflant; de temps en temps, faux pas du cœur et dédoublement.

Pas d'athérome vasculaire.

Bronchite et emphysème.

Cet état dure jusqu'au 7 septembre; à cette époque, une attaque d'asystolie emporte rapidement la malade.

A l'autopsie. — On trouve le cœur gros, sans athérome valvulaire; œdème très marqué des deux poumons.

Les reins, le foie sont sains à l'œil nu.

Le cerveau et ses enveloppes ne présentent rien à noter.

A l'ouverture du canal rachidien, rien de particulier; mais, lorsque la dure-mère est incisée après extirpation hors du canal rachidien, on trouve, au niveau de la région dorsale inférieure, une ou deux plaques d'arachnitis. De plus, toutes les méninges molles, arachnoïde et pie-mère spinales, depuis et y compris la région cervicale inférieure, ont un aspect louche très prononcé.

Il n'y a pas de pus dans le canal et le liquide ne paraît pas augmenté.

A l'œil nu, on ne constate rien sur la moelle.

Signalons un polype utérin formé par de l'adéno-sarcome, comme l'a démontré l'examen microscopique, et une tumeur paraovarique formée aussi de tissu sarcomateux.

Au microscope. — La moelle et ses enveloppes, examinées au microscope, montrent un épaississement de la pie-mère, formé par du tissu fibreux au milieu duquel existent de nombreuses cellules embryonnaires, des vaisseaux gorgés de sang et dilatés.

Les lésions sont plus marquées par place, mais elles existent sur toute la périphérie.

La moelle, colorée par le procédé de Veighert, montre une dégénérescence scléreuse siégeant à la superficie où il n'existe plus de fibres nerveuses saines; la plupart ont disparu. Celles qui persistent sont plus ou moins dégénérées.

La névroglie est par contre épaissie, scléreuse.

Mais cette sclérose n'existe pas sur toute la périphérie; elle n'est pas annulaire.

Il faut remarquer que ces lésions sont beaucoup plus nettes et plus marquées là où les lésions des méninges sont elles-mêmes les plus anciennes, c'est-à-dire là où le tissu fibreux est plus abondant, les cellules embryonnaires plus rares.

Nous n'avons d'ailleurs pas constaté de différences de nature dans les lésions aux diverses régions; seulement, à la région cervicale, les lésions médullaires sont moins avancées, comme celles des méninges.

Obs. II. — Bréa.., 68 ans, employé, entre le 15 août à l'infirmerie.

Père inconnu; mère sujette aux érysipèles, morte à 63 ans.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine vers 30 ans. Pas d'alcoolisme. Pas de syphilis, ni rhumatisme; pas d'épilepsie. En 1863, développement d'une tumeur sur le bord interne du pied droit, opérée par M. Humbert en 1881 et reconnue pour une tumeur fibro-plastique?.

Jusqu'en 1877, marche très bien, sans faiblesse.

En décembre 1877, perte de connaissance de quelques minutes. Ce serait de cette époque que dateraient les débuts de la faiblesse et des douleurs dans les membres inférieurs et dans les reins. Depuis lors, la faiblesse a été en augmentant.

Etat à l'entrée. — Amaigrissement assez marqué. Le pied droit porte la trace de l'opération et les deux premiers orteils sont en extension forcée.

Tremblement du membre inférieur droit plus marqué par moments.

Réflexe tendineux disparu à droite, conservé à gauche.

Pas d'épilepsie spinale par flexion du pied; mais à droite, on la provoque par le chatouillement du pied.

Il y a hyperesthésie aux deux membres inférieurs, surtout à droite.

Actuellement, de temps en temps, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Membres supérieurs. — Rien à noter.

— Une loi ayant pour objet une sorte d'examen d'Etat, pour la médecine, doit être présentée à la prochaine session de la législature de l'état de Pensylvanie. Une commission permanente médicale aurait pour mission d'examiner les titres de tous ceux qui voudraient pratiquer la médecine dans cet état. Les Sociétés médicales du pays, y compris la Société homœopathique, ont adhéré au projet, qui, s'il est converti en loi, aurait son effet à partir du 1er septembre 1886.

— L'Université d'Edimbourg, la plus importante des Iles-Britaniques compte 3,396 étudiants inscrits. Dans ce nombre sont compris 1,724 élèves en médecine.

— Le Conseil du collège des chirurgiens d'Irlande vient de décider qu'une modification serait introduite dans les chartes et ordonnances du collège, à l'effet de permettre aux femmes d'aspirer à la licence en chirurgie, et aussi à leur élévation au grade de *fellow*. C'est-à-dire, qu'elles pourront devenir, de même que les étudiants du sexe masculin, examinateurs, membres du Conseil, et à l'occasion président du collège.

— L'Université de Berlin comprend depuis quelques années un institut pour l'art du dentiste. Il y a un examen spécial pour cette partie de la médecine. L'Institut est fréquenté, paraît-il, non seulemennt par les élèves qui se destinent à la profession de dentiste seulement, mais encore par les élèves en médecine et même par des médecins.

— Le Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario est le seul corps médical de l'Etat qui donne des diplômes entraînant la pratique légale de la médecine. Les grades et diplômes anglais sont seuls acceptés, si, bien entendu, il s'agit de diplômes dûment enregistrés en Angleterre. Le Conseil du collège a résolu de demander à la législature la nomination d'un médecin reconnu dans chaque division électorale, qui aurait pour mission de trancher les difficultés, qui s'élèvent parfois, entre praticiens et clients, sur les honoraires réclamés.

Dr A. Dureau.

Les reins sont très douloureux, surtout dans les mouvements du tronc.

Pas de déviation de la colonne qui n'est pas douloureuse à la percussion ; mais, du côté droit, l'émergence des nerfs dans la gouttière est très sensible à la pression.

Debout, le malade marche avec peine ; il est obligé de se tenir pour ne pas tomber. Mais il ne projette pas ses jambes en marchant ; au contraire, elles traînent sur le sol.

Pas d'anesthésie plantaire. La marche n'est pas influencée par l'absence de lumière, ou lorsque la malade ferme les yeux.

Rien du côté des yeux, ni des sphincters.

Rien au cœur.

Après un séjour de quelques jours à l'infirmerie, le malade fut pris d'une pneumonie dont il mourut.

A l'autopsie. — Pneumonie ; hépatisation grise.

Rien au cerveau, ni à ses méninges.

La dure-mère rachidienne est saine.

La pie-mère, très épaissie à la région lombaire et dorsale inférieure, a un aspect blanchâtre.

Il n'y a pas de pus dans le canal.

A l'œil nu, la moelle paraît saine ; mais les racines rachidiennes, les postérieures surtout, sont épaissies, principalement à droite.

Au microscope. — La pie-mère épaissie est fibreuse, avec des vaisseaux gorgés de sang.

Sur la moelle, sclérose superficielle, surtout du côté droit où, de plus, les racines sont englobées dans un épaississement très marqué de la pie-mère. Mais nous n'avons pas trouvé de dégénérescence des filets nerveux dans ces racines.

La sclérose médullaire superficielle est très peu avancée en organisation ; les corps amyloïdes y sont très nombreux, et on trouve encore une assez grande quantité de tubes nerveux sains.

Obs. III. — Le nommé Char..., 57 ans, comptable, entre à l'infirmerie des Incurables le 20 février 1883.

(Nous devons la première partie de cette observation à l'obligeance de M. Artand, notre prédécesseur dans le service.)

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans et mère à 50 de maladies inconnues. Sœur actuellement bien portante et âgée de 47 ans.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 15 ans ; probablement scrofule dans le jeune âge. Syphilis douteuse. Excès vénériens.

Marié à 30 ans, a eu deux enfants qui se portent bien.

En 1873, diplopie, sans chute de la paupière, ni strabisme. Pas de maux de tête, ni de vertiges.

En 1875, la faiblesse des membres inférieurs commence par la jambe gauche ; la parésie ne s'accompagne pas de douleurs en ceinture ou fulgurantes.

Pas d'incoordination motrice, seulement marche traînante par faiblesse.

Depuis, la faiblesse a augmenté et il y a paraplégie presque complète.

Par moments, rétention d'urine et paralysie du sphincter anal.

A son entrée à l'infirmerie, l'intelligence et la mémoire sont conservées.

Pas de céphalée, ni de perte de connaissance. De temps en temps, vertige de courte durée.

Pas de nystagmus, ni d'inégalité pupillaire, ni achromatopsie.

Membres supérieurs. — Ont assez bien conservé leur force. Pas de tremblement, ni d'incoordination. Pas de troubles trophiques.

Sensibilité conservée.

Membres inférieurs. — Le malade marche encore un peu en s'appuyant sur une canne, mais il ne peut lever les pieds au-dessus du sol ; il marche en traînant.

Réflexes conservés ; réflexe patellaire normal.

Pas d'épilepsie spinale.

Du côté du tube digestif, il faut noter une constipation opiniâtre.

Cœur sain. Urines normales.

Le 1er janvier 1884, à notre arrivée à Ivry, nous trouvons le malade à peu près dans le même état ; mais nous notons en plus un bredouillement assez marqué de la parole et du tremblement dans tout le corps quand le malade est debout. Il marche courbé en deux, traînant les pieds et s'appuyant sur une canne.

Au repos, pas de tremblement et le malade écrit très bien. Il peut, sans trembler, porter un verre à la bouche, et cela des deux mains.

Atrophie assez marquée des deux membres inférieurs.

Les choses restent dans cet état jusqu'au 20 avril, époque à laquelle le malade est pris subitement d'une attaque épileptiforme d'une demi-heure de durée, attaque suivie d'une perte de connaissance de trois jours ; après quoi il revient à lui, mais complètement paraplégique, ce qui l'empêche absolument de se lever.

Le 16 mai, nouvelle attaque, de même nature, qui amène la mort en quelques heures.

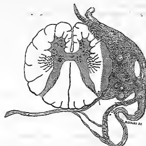
A l'autopsie. — Le cerveau paraît absolument sain, ainsi que les méninges.

Sur la moelle, adhérente aux méninges et à celle-ci, sur la partie latérale droite de la région dorsale inférieure, on trouve une tumeur de la grosseur d'un gros pois, à bords allant en s'amincissant progressivement.

A l'œil nu, elle paraît de nature fibreuse et on constate qu'elle englobe les nerfs des racines antérieures.

Il existe une tumeur semblable, mais plus petite, au niveau de la région cervicale.

Au microscope. — La tumeur se continue sans ligne de démarcation avec la dure-mère. La pie-mère et l'arachnoïde ont disparu au niveau de la tumeur, mais sur les bords on les retrouve infiltrées d'éléments jeunes.

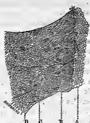


Gomme méningée. — Sclérose médullaire superficielle.

La tumeur elle-même est formée par un centre caséeux et par une périphérie embryonnaire, dans laquelle on trouve les filets des racines rachidiennes altérés. Ils sont le siège d'une sclérose périfasciculaire très marquée avec endartérite des artères et disparition plus ou moins moins marquée des gaines de myéline et atrophie des cylindres d'axe.

A la partie interne de la tumeur, on voit que celle-ci se continue avec la superficie de la moelle sans démarcation.

Les éléments embryonnaires envahissent la moelle au niveau correspondant à la périphérie de la tumeur ; à la partie médiane, il existe un coin de sclérose médullaire, coin de la moelle dans lequel la coloration par le procédé Veighert permet de constater la disparition des tubes nerveux qui réapparaissent peu à peu à mesure qu'on se rapproche des limites de la sclérose, mais ces tubes sont plus ou moins dégénérés.



Gomme méningée et sclérose superficielle (fort grossissement).
A. Gomme.
B. Zone de sclérose, cellules rondes.
C. Zone de raréfaction des tubes, corps amyloïdes.
D. Zone saine.

Au niveau de la région cervicale, mêmes lésions, mais moins avancées; la sclérose médullaire y est très superficielle.

Nous trouvons donc ici une lésion méningée, manifestement primitive, ayant déterminé du côté de la moelle de la sclérose.

D'ailleurs toutes les autres parties de la moelle, non voisines de la tumeur, sont absolument saines comme les méninges.

De ces diverses observations, il nous semble que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les lepto-méningites chroniques, il peut se développer, quand elles sont assez anciennes, de la sclérose médullaire consécutive donnant lieu à certains symptômes propres, tels que le tremblement.

2° Cette sclérose paraît se produire ici par propagation directe et non pas sous l'influence de la compression, comme dans les cas d'arachnitis. Cette sclérose se localise au siége de la méningite et ne semble pas avoir de tendance à se généraliser.

3° Des erreurs de diagnostic, principalement avec la sclérose en plaques, et cela à cause du tremblement, peuvent être commises si l'on n'a pas présente à l'esprit l'existence de semblables faits.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Subluxation en haut et en dehors du métatarse gauche. — Irréductibilité, par M. Monnier, interne des hôpitaux de Paris.

La nommée H..., âgée de 34 ans, couturière, entre le 7 mars 1884 dans le service du docteur Péan à St-Louis, salle Denonvilliers, n° 40.

C'est une femme amaigrie et fatiguée, qui n'a d'autres antécédents pathologiques qu'une gastrite d'assez longue durée, survenue l'an dernier.

Le 21 janvier de cette année, elle glisse dans un escalier et descend, sur le sacrum, un grand nombre de marches. Finalement son pied gauche butte contre le montant de la rampe. Il en résulte une flexion forcée de l'avant-pied, c'est-à-dire une exagération de la voûte plantaire, accompagnée d'une douleur très-vive.

Le pied enfla de suite; néanmoins elle continua à marcher quinze jours environ. Comme elle souffrait toujours, elle fit appeler un médecin qui, au bout de quelques visites, l'envoya à St-Louis.

Ce qui frappe à première vue, c'est une saillie au niveau de l'interligne tarso-métatarsienne et une rotation en dehors, suivant l'axe longitudinal, de l'avant-pied, de sorte que le bord externe appuie plus largement que de coutume sur le sol, tandis que le bord interne est au contraire un peu plus élevé.

Enfin, comme troisième caractère frappant, le métatarse et un peu le tarse à sa partie antérieure sont élargis, ce qui, joint à l'empâtement dont le maximum siege au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne, donne au pied un aspect grotesque, rappelant un peu le pied éléphantiasique.

En promenant le doigt sur la voussure dorsale, on perçoit une crête osseuse, irrégulière, haute de 3 à 4 mm. et formée par l'extrémité postérieure de tous les métatarsiens, mais principalement des 2° et 3°.

En outre, les 1er et 5° métatarsiens déjetés, l'un en dedans, l'autre en dehors, font également une saillie assez notable et constituent l'élargissement de l'axe transversal du pied.

Quant aux os du tarse, le 1er cunéiforme seul, un peu déjeté en dedans, paraît avoir subi un changement de position. Les mensurations ne dénotent pas de modifications sensibles dans la longueur du pied ; par contre, le diamètre transversal est augmenté de 3 centimètres environ.

Toutes les investigations pratiquées au niveau de la lésion ne sont pas douloureuses; seule la marche est très pénible et ne peut se faire longtemps, par suite des modifications qui se sont produites dans la voûte plantaire.

L'élément inflammatoire ne joue ici qu'un rôle fort accessoire, car il n'y a pas de rougeur cutanée ; l'empâtement dénote, seul, une phlogose subaiguë.

Ajoutons que l'arrière-pied et l'articulation tibio-tarsienne ne présentent aucune lésion.

En présence de tous ces symptômes, le diagnoctic de « subluxation complexe du métatarse en haut et en dehors » fut porté, et quelques jours après l'entrée de la malade la réduction fut tentée, sans espoir du reste de réussite, étant donnée l'ancienneté de l'affection.

La traction manuelle fut seule employée; elle parvint, aidée de la pression sur la saillie métatarsienne, à remettre presque les choses en place, mais dès qu'on cessait l'extension le métatarse reprenait sa situation vicieuse.

Néanmoins on appliqua, le 18 mars, après une réduction la moins imparfaite possible, un appareil plâtré et la malade fut envoyée au Vésinet.

Là, on jugea à propos d'enlever au bout de quelques jours l'appareil. La marche, beaucoup plus aisée depuis la mise de l'appareil, redevint difficile.

Pour comble de malheur, la malade s'enfonça, sur le bord externe du pied, un fragment de silex qui détermina une petite plaie fort longue à cicatriser. Peu à peu un état congestif du pied et de la jambe s'établit, et à la fin de juillet la malade vint réclamer un nouveau séjour à l'hopital. Nous constatâmes alors que tout était revenu au même point qu'au moment de la mise de l'appareil, avec un état subphlegmasique en plus, que modifia le repos au lit.

A la fin d'octobre, nous revoyons la malade : elle est devenue presque impotente, la congestion ayant reparu et des durillons très douloureux, siéges futurs de maux perforants, sont venus probablement, s'étant formés au niveau de la tête du 5° métatarsien et du petit orteil; l'un même est ulcéré.

Le seul traitement palliatif indiqué dans ce cas était une chaussure spéciale, large et à semelle un peu convexe dite à dos d'âne. Il lui en est prescrit une.

Depuis lors la malade n'a pas été revue, mais tout porte à croire qu'elle sera désormais impotente de cette jambe.

Voici donc un nouveau fait qui servira à faire l'histoire des luxations du métatarse en haut et en dehors, lésions rares puisque Malgaigne (1) n'en cite que huit cas, dont deux, l'un

(1) *Traité des fractures et des luxations*, 1855, p. 1,081, t. II.

de Mazet, l'autre de Smith, s'accompagnaient comme le nôtre de torsion de l'avant-pied sur le pied.

Mignot-Danton (1) en a publié une autre qui fait la base d'un mémoire intéressant. M. Desprès (2) a eu l'occasion d'amputer une jambe à la suite d'une luxation compliquée du tarse. Enfin le docteur Monnier (de Wazay) (3) a recueilli un onzième cas qu'il a pris pour sujet de sa thèse inaugurale, et observé à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Comme on peut en juger par cette rapide revue bibliographique, la littérature chirurgicale est pauvre en faits de ce genre. Il nous a donc paru utile de le publier, d'autant que le pronostic est ici grave, puisque l'impotence du pied en est résultée. Cette situation fâcheuse est due certainement en grande partie à l'insouciance de la malade qui est venue trop tard réclamer les secours de la chirurgie. Mais il se pourrait que, même traitée de suite, cette luxation eût eu encore des conséquences néfastes, témoin le cas de Lacombe qui dut porter dans la suite un brodequin fendu et lacé. Le brodequin Rhein est dans ces cas appelé à rendre de remarquables services.

Néanmoins il reste acquis que le pronostic de cette lésion doit être réservé : c'est principalement ce que nous voulions démontrer.

(1) Archives générales de médecine, 1866, t. VIII, p. 415.
(2) Bulletin de la Société anatomique, 1878, p. 75.
(3) Thèse de Paris, 1883.

REVUE CRITIQUE

Anatomie

Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée; leur importance en anthropologie, par M. le docteur L. Testut, professeur à la Faculté de Lille. — 1 vol. de 844 pages. Masson, éditeur. 1884.

L'ouvrage de M. Testut marque, on peut le dire, une étape nouvelle dans l'étude de l'anatomie descriptive en France.

Ce n'est pas, toutefois, que le sujet en soit aussi entièrement nouveau qu'on pourrait le croire. Pour le montrer, qu'il me soit permis de tracer rapidement l'historique des recherches auxquelles ont donné lieu les anomalies musculaires. C'est un sujet assez peu connu pour mériter quelques développements.

Voici d'abord le récit d'un vieux chirurgien du seizième siècle :

« Appellé à la maison de feu M. Gorpby, docteur en médecine en l'université de Montpellier, pour ouvrir un sien serviteur soupçoné estre mort de poison ; entre autres choses, à la dissection du thorax, voulant descouvrir les muscles tant du bras que l'omoplate et respiration externe, je treuvay au dessoubs du cuir et graisse un fort et long muscle de chaque costé, lequel prenoit son origine de la partie supérieure du sternum, et partie de la clavicule, au droit là où se joint avec ledit sternum, et s'alloit insérer obliquement à la dernière coste fausse en forme d'escharpe, la longueur de deux pans ou plus ; sa figure estoit quasi ronde et de largeur des deux poinctes de doigts avec forts et robustes tendons. »

J'ai tenu à citer textuellement ce fait curieux, publié sans autre réflexion, à la suite de l'*Alphabet anatomic* de Barthélemy Cabrol (1), au milieu de plusieurs autres observations presque toutes d'un grand intérêt. C'est en 1573 que l'« anatomiste de l'université de Montpellier, chirurgien du Roy et de monseigneur le Duc de Montmorency », comme il s'intitule lui-même, recueillit ce premier exemple de ce que les anatomistes modernes ont successivement appelé *muscle sternalis brutorum, rectus thoracis, presternal*, en discutant si longuement sur sa signification et son origine.

Il devait s'écouler près de deux siècles avant que de nouveaux documents sur les muscles n'apparussent dans le grand recueil de Haller (2). Longtemps encore les variations musculaires, dépourvues de l'intérêt chirurgical qui fixait forcément l'attention sur les anomalies artérielles, ou passèrent inaperçues ou furent systématiquement négligées et jugées indignes de descriptions, comme de simples *caprices de la nature*. A peine trouve-t-on çà et là (dans Sandifort et Cruveilher notamment) quelques rares indications écourtées, jusqu'au jour où F.-G. Theile, dans son *Traité de myologie* (3), eut l'heureuse idée de faire suivre chaque description classique de celle des variétés qu'il avait observées. Mais cet exemple ne fut pas suivi. Comment en eût-il été autrement alors qu'aucune vue d'ensemble, aucune idée générale ne venait rattacher les uns aux autres tous ces faits isolés et bizarres, et leur donner, à défaut d'un intérêt pratique auquel ils ne pouvaient prétendre, une valeur scientifique et philosophique? Une tentative dans cette voie, présentée par Adolphe Richard à l'Académie des sciences en 1852 (4), passa inaperçue.

Il faut le dire bien haut, c'est au grand mouvement d'idées créé par les travaux de Darwin, c'est à l'influence des doctrines transformistes qu'est due la puissante impulsion donnée à cette partie, jusqu'ici trop dédaignée, de l'anatomie.

En effet, grâce aux progrès considérables qu'a faits, dans ces dernières années, l'anatomie comparée des vertébrés, on a constaté que la plupart des *anomalies* musculaires de l'homme ne sont que la reproduction d'un état normal chez des espèces différentes. On conçoit dès lors l'argument que le transformisme a pu tirer de ce rapprochement. J'aurai à y revenir.

Quoi qu'il en soit, dès que cette voie nouvelle a été ouverte, les travaux se sont multipliés avec une étonnante rapidité. Le mouvement, commencé à l'étranger, ne s'est propagé en France que bien tardivement. Les beaux mémoires de Gruber, de Turner, de Wood, de Macalister, de Huxley, de Calori, pour ne parler que des noms les plus éminents, ne nous ont laissé que fort peu à glaner dans le champ qu'ils venaient de moissonner. Encore aujourd'hui, ce travail se poursuit avec

(1) L'ouvrage de Cabrol, dont beaucoup d'auteurs paraissent ne connaître que l'édition latine parue à Genève en 1604 (in-4o), a été d'abord publié en français à Tournon en 1594, puis à Genève en 1602 et 1624, à Montpellier en 1603 et à Lyon en 1614 et 1624. L'observation ci-dessus est à la page 86 de la première édition de Lyon (1614).

(2) Haller, *Disputationum anatomicarum selectionum*, 1733, vol. VI. Voir notamment p. 589 la description par F. Walther d'un « *musculus singularis splenii accessorius, vel adjutor splenii.* »

(3) Dans l'*Encyclopédie anatomique* de Sœmerring, traduite par A.-J.-L. Jourdan. Paris, 1843.

(4) Ad. Richard. *Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine* (Annales des sciences naturelles zoologiques, 3e série, t. XVIII, p. 5, 1852).

ardeur, surtout au delà de la Manche, et il est peu de livraisons du JOURNAL OF ANATOMY AND PHYSIOLOGY qui ne renferme un long article sur la matière, tandis que les bulletins de nos Sociétés anatomique ou d'anthropologie contiennent à peine quelques rares observations ; quand nous aurons cité les noms de MM. Chudzinski, Ledouble, Hervé et Testut, nous aurons en effet à peu près épuisé la liste des anatomistes qui ont compris, en France, à des degrés divers, l'importance de ces études nouvelles sur lesquelles, il y a bientôt treize ans, j'essayais le premier dans notre pays d'attirer l'attention (1).

Mais, aujourd'hui, la science est devenue cosmopolite ; les travaux exécutés dans les divers pays arrivent bien vite à être le patrimoine commun de tous les travailleurs. Si nous avons pu quelque temps regretter que la France se soit laissé dépasser, nous pouvons aujourd'hui saluer le brillant effort qui la fait sortir de son infériorité relative. Le livre de M. Testut est une œuvre capitale. Il présente un résumé complet de toutes les acquisitions nouvelles faites sur ce point spécial par la science étrangère (2); et notamment l'analyse étendue des superbes travaux de Wood, à peu près inconnus dans notre pays; il contient, en outre, un grand nombre d'observations personnelles, des rapprochements ingénieux, des vues originales. Enfin, cet ensemble énorme de documents est classé avec une méthode, une sagacité remarquables et vraiment françaises. Après avoir confessé l'infériorité de notre pays au point de vue de l'étendue des recherches relatives à ce sujet, on est heureux de constater que c'est lui qui, le premier, a produit un ouvrage d'ensemble sur la matière. On peut même, à bon droit, prétendre que mieux que toute autre, une plume française avait qualité pour classer et disposer avec ordre ces nombreux matériaux épars et incohérents, d'origines et de valeurs si diverses, pour exposer avec lucidité un sujet aussi nouveau et aussi complexe. Une rapide analyse de l'ouvrage de M. Testut nous montrerait avec quelle supériorité il s'est acquitté de cette tâche ; mais cette analyse elle-même nous entraînerait trop loin, et je dois, à regret, y renoncer pour arriver aux conclusions de l'auteur.

Je passe rapidement sur des considérations pleines d'intérêt relatives à la fréquence, à l'hérédité des anomalies, au degré d'analogie des muscles anormaux avec les dispositions homologues chez les animaux. On pourrait reprocher à M. Testut de ne pas s'arrêter assez, chemin faisant, sur une considération qui avait déjà servi de base au mémoire de Richard, en 1852, à savoir que l'anatomie anormale rétablit parfois les homologies disparues entre les membres thoraciques et les membres pelviens; elle donne naissance, par exemple, sur le dos de la main, à un *manieux* analogue au *pédieux* du pied, etc. Il y a là, pour les recherches futures, une mine encore presque inexplorée, féconde certainement en surprises et en découvertes.

L'auteur expose ensuite avec beaucoup de netteté un essai de classification générale des anomalies musculaires. Il distingue, avec tous ceux qui se sont occupés de la question : 1o les muscles surnuméraires et 2o les modifications apportées par l'anomalie aux muscles normaux de l'homme ; il établit parmi ces derniers des subdivisions d'après leur forme, leur constitution, leurs insertions et leurs rapports avec les muscles voisins, etc.

Du reste aucune des parties, même accessoires, de son sujet n'est laissée dans l'ombre ; il touche en passant à la question si intéressante et si neuve des anomalies *progressives* ou autres chez les animaux ; il signale la fréquence très grande de ces variétés chez les chiens, les chats qu'il a disséqués et chez les singes, etc., étudiés par d'autres anatomistes. — Il conviendrait peut-être d'établir une distinction à propos de la fréquence des anomalies entre les animaux vivant à l'état sauvage et ceux qui sont à l'état de domestication où, selon la remarque de Darwin, la fixité du type est très diminuée (1). Or, soit dit en passant, pour expliquer quelque peu l'abondance des anomalies musculaires de l'homme, n'est-il pas vrai que le premier des primates est au point de vue zoologique, et quelque hardie que paraisse cette expression, le type même de l'*animal domestique* ?

Après un important chapitre sur les variations du système musculaire suivant les races, où sont analysés tous les documents récemment acquis et en particulier les laborieuses recherches de Chudzinski, nous voici enfin arrivés à la synthèse renfermée dans les dernières pages sous les deux titres suivants : *Reproduction chez l'homme par l'anatomie de toutes les dispositions simiennes* et *De la valeur des anomalies musculaires en anthropologie zoologique ; évolution et atavisme.*

Je me suis moi-même aventuré, il y a déjà près de dix ans, à aborder l'étude de ces difficiles problèmes, et j'ai écrit un mémoire exactement sous le titre que M. Testut a choisi pour son dernier chapitre (2). Qu'il me soit permis de me féliciter de voir un homme de sa valeur venir confirmer de point en point les conclusions que j'avais formulées en m'inspirant des travaux importants de l'Ecole anatomique anglaise (3).

« Le nombre des anomalies *réversives* (c'est-à-dire que nous pouvons rapprocher des types inférieurs), est assez considérable — disais-je alors dans un passage de ce mémoire — leur fréquence est assez notable, leur type assez persistant pour qu'on soit porté à attribuer leur production à une influence directrice, à une force organique distincte.

« Quel est ce facteur commun ?

« On ne peut invoquer ici l'arrêt de développement, les muscles ne passant pas chez l'embryon par des états intermédiaires semblables à ceux qui constituent leurs anomalies. Cette théorie ne s'applique qu'aux faits d'absence congénitale de certains muscles, circonstance fréquente pour certains d'entre eux (petits palmaires, pyramidaux), mais très rare pour la plupart de ces organes. Cherchera-t-on la solution du problème dans une sorte d'adaptation anatomique sollicitée par

(1) S. Pozzi. *Note sur une variété fréquente (anomalie reversive) du muscle court péronier latéral chez l'homme (Soc. d'anthrop.*, 8 février 1872, publiée dans les *Bulletins* et dans le JOURNAL D'ANATOMIE de Ch. Robin, n° de mai 1872). Voir aussi mon article *Radiaux* (muscles) dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences*. Paris, Masson, édit., 1874.

(2) Bien rares sont les publications qui ont échappé à son érudition. Nous lui signalerons cependant l'omission de l'importante monographie de Paul Albrecht : *Beitrag zur Morphologie des M. omo-hyoides und der ventralen inneren Interbranchialmusculatur in der Reihe der Wirbelthiere.* Kiel, 1876.

(1) G.-E. Dobson. *On the Comparative variability of bones and muscles*, etc. (JOURNAL OF ANATOMY, octobre 1884, p. 16 et suiv.).

(2) S. Pozzi. *De la valeur des anomalies musculaires au point de vue de l'anthropologie zoologique (Association française pour l'avancement des sciences.* Lille, août 1874).

(3) A. Macalister. *The bearing of the anomalous anatomy on the evolution theory of the descent of man* (THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. March., 1872).

des fonctions physiologiques exceptionnellement complexes, adaptation fixée ensuite par l'hérédité ?

« Je ne m'arrêterai pas à combattre une hypothèse aussi peu vraisemblable, car il faudrait d'abord montrer l'utilité de ces anomalies, ensuite leur transmission héréditaire ; enfin, s'il en était ainsi, on ne comprendrait guère pourquoi elles ne se seraient pas généralisées à toute l'espèce. Disons seulement à ce propos que, parmi les anomalies, il en est beaucoup qui entravent plutôt qu'elles ne favorisent les fonctions comme par exemple l'insertion du digastrique à l'angle du maxillaire, etc.

« Il ne reste, il faut le reconnaître, que deux manières de se rendre compte de ces retours incontestables vers les types inférieurs. De ces deux théories, la première n'en est pas une. Elle se borne à constater le fait et à le rattacher à un problème antérieur devant lequel elle a déjà proclamé l'impuissance de la science. Ce problème, c'est ce qu'on a appelé l'*Unité de plan dans le règne animal*. A vrai dire, la production sporadique chez un animal quelconque d'un type appartenant à un de ses voisins n'est ni plus ni moins inexplicable que la production constante chez l'un et chez l'autre de dispositions anatomiques analogues.

« Certains savants se contenteront donc de cette simple vue générale.

« D'autres, plus impatients, ont cherché à pénétrer ce mystère et ils ont trouvé une interprétation rationnelle de ces deux groupes de phénomènes dans la doctrine de l'évolution : elle explique la sériation animale par la filiation et les anomalies réversives par l'*atavisme* (1) ».

M. Testut se rallie sans hésiter à cette interprétation : mais qu'est-ce donc que l'atavisme ?

« Avec M. Dally, écrit notre auteur, on peut définir l'atavisme : *la reproduction des caractères anatomo-physiologiques, positifs ou négatifs, que n'offraient point leurs parents immédiats, mais qu'avaient offerts leurs ancêtres directs ou collatéraux* (Dally). De pareils faits sont bien connus des éleveurs : un chien braque issu d'une mère braque et d'un père épagneul, est accouplé avec une chienne braque, laquelle donne naissance en même temps à des femelles braques et à des mâles épagneuls. Depuis de longues années on massacre impunément, dans les troupeaux à laine noire de l'Andalousie, tous les agneaux à laine blanche qui sont, paraît-il, d'une qualité inférieure, et l'on voit néanmoins réapparaître de temps à autre des individus de cette couleur, laquelle provient d'ancêtres plus lointains. Dans l'espèce humaine, il n'est pas rare de voir des individus apporter en naissant des caractères que ne possédait ni le père ni la mère, mais que présentait quelque ancêtre plus reculé. J'ai lu quelque part qu'un nègre, qui comptait un sujet blanc parmi ses ascendants, épousa une négresse et que de ce mariage naquit un enfant blanc. *Vice versâ*, on a rencontré (Martin de Moussy) des enfants qui, au bout de plusieurs générations, présentaient beaucoup plus que leur père et leur mère les signes d'un mélange africain remontant au moins à une cinquième génération antérieure.

« Voilà des faits bien constatés d'où se dégage avec une netteté parfaite la filiation du caractère anatomique anormal et de la forme ancestrale qu'il reproduit. Mais l'atavisme étant maintenant une vérité scientifiquement démontrée, nous pouvons, suivant un ordre inverse, remonter de l'anomalie produite à la forme ancestrale correspondante et conclure à l'existence d'une parenté plus ou moins lointaine dans le temps et dans l'espace entre deux sujets, dont l'un présente accidentellement une disposition morphologique déterminée qui existe chez l'autre à l'état constant et avec la valeur qui s'attache aux organes types. C'est ainsi que l'apparition anormale sur le dos du cheval de raies longitudinales ou transversales nous amène à considérer comme un des ancêtres probables du cheval, le zèbre et le couagga, qui présentent normalement des raies analogues ; c'est ainsi que l'apparition de doigts latéraux chez le cheval, la production dans la même espèce de quelques os sésamoïdes accidentels (A. Gaudry) à la région du carpe, nous fournissent de fortes présomptions pour que le cheval descende de l'hipparion, espèce fossile de l'époque miocène, lequel possédait ces os à l'état permanent et présentait constamment trois doigts. Dans le même ordre d'idées, C. Vogt n'hésite pas à considérer la *microcéphalie* comme un caractère atavique, les microcéphales représentant dans l'espèce humaine un état antérieur du développement phylogénique qui se retrouve encore à un état plus ou moins parfait dans certaines espèces simiennes.

« De pareilles déductions me paraissent entièrement applicables aux anomalies musculaires : nous rencontrons sur un sujet humain un muscle dont la configuration, s'écartant de la description classique, nous paraît singulière au premier abord; en descendant la série animale, nous rencontrons, dans une espèce et chez tous les sujets de cette espèce, le même muscle avec une configuration absolument identique ; ne sommes-nous pas autorisés à voir dans cette dernière espèce une des phases de la phylogénie humaine ? Le scalpel nous place un jour sous les yeux un muscle surnuméraire ; nous retrouverons de même ce muscle dans une espèce plus ou moins éloignée de la nôtre, mais il existe ici constamment, il y constitue une des dispositions caractéristiques du système musculaire : pourquoi ne pas regarder cette dernière espèce comme une des formes ancestrales de l'espèce humaine qui s'est transformée plus tard et graduellement sous l'influence de l'adaptation et de l'hérédité ? Toutes les anomalies musculaires de l'homme, qu'elles soient constituées par des formations nouvelles ou par des muscles nouvellement configurés, deviennent ainsi de vraies dispositions ancestrales disparues depuis une longue série de siècles et reproduites accidentellement chez le sujet qui en est porteur, par ce *quid ignotum* qu'on est convenu d'appeler l'*atavisme*.

« Je crois important de faire remarquer ici que ces différentes formes ancestrales ne se retrouvent pas exclusivement ou en totalité dans les espèces simiennes ; nous les rencontrons aussi bien souvent dans des ordres plus éloignés, chez les *Carnassiers*, chez les *Rongeurs*, chez les *Edentés*, chez les *Didelphiens*. Il est parfois nécessaire de descendre plus bas encore dans la série jusque chez les Vertébrés inférieurs. Ces faits, peu compatibles avec la théorie de la descendance exclusivement simienne de l'homme, concordent plutôt avec l'opinion de ceux qui n'admettent entre l'homme et le singe qu'une parenté collatérale, l'un et l'autre descendant d'un même type, que ce type lui-même soit unique et ait donné naissance, à lui tout seul, à toutes les formes animales, comme le veut Darwin (*développement monophylétique, théorie de l'arbre de vie*), ou bien qu'il ait coexisté avec d'autres types à évolutions indépendantes (*développement polyphyléti-*

(1) S. Pozzi, *loco citato*.

que, théorie du bosquet composé de plusieurs arbres distincts), comme l'enseignant Albert Gaudry et Carl Vogt. »

Je n'aurais pu mieux faire que de transcrire *in extenso* ces pages si intéressantes, qui peuvent donner une idée exacte et de la netteté du style et de l'esprit vraiment scientifique de leur auteur.

Cette manière simple et concise de dégager brièvement la signification des faits sans vaine polémique et sans enthousiasme déplacé est bien dans la tradition du maître (1) à la mémoire duquel M. Testut a dédié son livre. Plus de huit cents pages employées à l'observation patiente, quelques-unes à peine à la théorie, voilà qui caractérise la méthode du savant. M. Mathias Duval a justement loué dans une remarquable préface « ce travail de reprise en sous-œuvre de conclusions déjà établies » ; il a bien fait ressortir que s'il est « ingrat en apparence il n'en est que plus méritoire ». Ce que je louerais volontiers à l'égal de la « patience » et de la « persévérance » de M. Testut, c'est le calme et la sérénité de sa discussion lorsqu'il touche à des points philosophiques où la lutte a été si ardente que le nom seul de Darwin et les mots d'*Evolution* ou de *Transformisme* sonnent à certaines oreilles avec je ne sais quel accent belliqueux.

Laissons la passion à nos adversaires ; le meilleur moyen de combattre l'Erreur, c'est d'édifier à côté la Vérité !

SAMUEL POZZI.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES PROPRIÉTÉS ANALGÉSIANTES DE LA COCAÏNE.

Les premières publications concernant l'action anesthésiante et analgésiante locale de la cocaïne et ses applications à certaines branches de la thérapeutique sont connues de nos lecteurs par des analyses détaillées qui ont paru dans la GAZETTE MÉDICALE et dans le COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES (2). L'intérêt que suscite de tous côtés l'étude de ces propriétés, pendant longtemps méconnues de la cocaïne nous commande de poursuivre l'exposé des travaux qui ont trait aux applications thérapeutiques, quelques-unes nouvelles, de l'action analgésiante de ce médicament. Pour soulager l'attention de nos lecteurs, nous procéderons dans un ordre méthodique.

I. *Thérapeutique oculaire.* — Dans l'avant-dernière séance de la Société de médecine de Berlin, deux communications intéressantes sur la cocaïne ont été faites par M. Schweiger et par M. Heymann (DEUTSCHE MEDIZINAL ZEITUNG, 1885, nos 5 et 6).

M. SCHWEIGER a parlé sur l'emploi de la cocaïne, comme analgésique local dans la pratique oculaire. Il a fait ressortir les inconvéniens qu'entraîne la nécessité où l'on se trouve de recourir aux inhalations de chloroforme, lorsqu'on veut cautériser les ulcérations de la cornée avec le galvanocaustique, cautérisation qu'il faut le plus souvent répéter. Ces inconvénients disparaissent du moment qu'on utilise la cocaïne comme agent d'anesthésie locale. La cocaïne, il est vrai, produit un certain degré de mydriase ; or il est une opération sur l'œil, la sclérotomie, qui exige, pour réussir, que la pupille soit resserrée. M. Schweiger a pu se convaincre sur plusieurs malades, qu'en associant l'ésérine à la cocaïne, on obtient le rétrécissement pupillaire, sans que pour cela l'action analgésiante de la cocaïne cesse de se manifester. De même, quand on emploie la cocaïne seule, l'iris devient insensible, malgré la dilatation de la pupille. Dans les cas de hernie de l'iris, on réussit à insensibiliser la partie procidente, en laissant tomber à sa surface, quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

M. Schweiger a tracé ensuite le parallèle entre ce qui se passe quand l'opération de la cataracte est pratiquée avec le secours du chloroforme et quand elle l'est avec l'emploi de la cocaïne. Dans le premier cas, on constate un relâchement complet des muscles de l'œil ; par suite la pression intra-oculaire diminue notablement, ce qui est d'une grande importance. Depuis deux ans, M. Schweiger se sert, pour ouvrir la capsule du cristallin, d'une petite pince à dents, afin de pouvoir arracher des lambeaux aussi vastes que possible. Or, quoique la déchirure ne se limite pas en général à la capsule antérieure, qu'elle empiète souvent sur la capsule postérieure, M. Schweiger n'a jamais vu se produire de procidence du corps vitré ; la cause en est, dit-il, dans ce que l'anesthésie chloroformique supprime d'une façon complète la pression exercée par les muscles de l'œil sur le contenu du globe oculaire. Les circonstances sont tout autres, quand on emploie comme agent d'anesthésie la cocaïne ; la pression intra-oculaire se maintient à son niveau primitif, et l'on doit s'attendre à la procidence du corps vitré. Aussi, dans tous les cas où cette complication est à craindre, M. Schweiger préfère-t-il les inhalations de chloroforme aux instillations de cocaïne pour les opérations à pratiquer sur l'œil. Pour l'opération du strabisme, M. Schweiger s'est bien trouvé de l'emploi préalable de la cocaïne ; mais il préfère recourir aux inhalations de chloroforme pour l'énucléation de l'œil et la résection du nerf optique.

En terminant sa communication, M. Schweiger s'est plu à reconnaître que l'anesthésie locale obtenue avec la cocaïne suffisait pour la plupart des opérations à pratiquer sur les yeux. Mais, a-t-il ajouté, il n'est pas rare que l'opérateur ait plus à compter avec le peur du patient et l'agitation qui en résulte qu'avec la douleur causée par l'instrument tranchant ; dans un cas pareil, l'emploi du chloroforme peut s'imposer.

— Deux travaux de M. HOLTZKE et de M. REICHENHEIM (KLIN. MONATSBL. FÜR AUGENHEILKUNDE, décembre 1884) ne renferment pas grand'chose de nouveau concernant les applications de l'action analgésiante de la cocaïne à la thérapeutique oculaire. Cependant M. Reichenheim mentionne le cathétérisme du canal lacrymal comme une indication nouvelle à l'emploi topique de la cocaïne.

Dans le même recueil, M. WEBER a publié un travail qui contient une série de renseignements curieux touchant l'action de la cocaïne sur l'œil. Ainsi l'auteur a constaté que les instillations de cocaïne dans le cul-de-sac conjonctival produisent un abaissement local de température qui peut aller jusqu'à 1°5. D'après M. Weber, la cocaïne aurait pour effet de *diminuer* la pression qui s'exerce sur la sclérotique et la cornée. M. Weber a constaté encore que la dilatation pupillaire

(1) Paul Broca.

(2) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, n° 51, et COMPTE RENDU GÉNÉRAL DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS MÉDICALES, 1884, n° 45, p. 475, et n° 50, p. 532.

produite par l'atropine augmente quand on instille consécutivement de la cocaïne; que, d'autre part, la cocaïne ramène la pupille à ses dimensions moyennes quand cette ouverture se trouve rétrécie par suite d'une instillation préalable de pilocarpine ou d'ésérine. D'où M. Weber conclut à l'existence de fibres musculaires radiées dans l'iris, lesquelles fibres sont directement paralysées par la cocaïne.

En faisant agir sur l'iris un mélange contenant 1 partie d'ésérine pour 25 parties de cocaïne, on développe une myopie artificielle et passagère de deux heures de durée. En même temps la pupille cesse de réagir contre les impressions de lumière. Nous aurons l'occasion de revenir sur cet intéressant mémoire.

— Lloyd Owen (de Birmingham) a eu l'idée d'associer la cocaïne et l'atropine dans le traitement d'un certain nombre d'affections des yeux (kératite, ulcérations de la cornée, conjonctivite, iritis). Il prétend qu'avec cette manière de faire, l'effet thérapeutique est à la fois plus sûr et plus rapide (British medic. Journal, 13 décembre 1884).

M. Frank Hodges (de Leicester) a eu recours à l'action analgésiante de la cocaïne dans un cas de lésion traumatique grave de la sclérotique ; il a pu suturer les lèvres de la plaie, sans que le patient ressentît la moindre douleur (*Ibidem*).

— M. Fodor, dans un cas de panophthalmie, a pratiqué l'énucléation du bulbe avec le secours de la cocaïne. D'abord il a déposé de cette substance en poudre, dans le cul-de-sac conjonctival ; puis, au fur et à mesure de la division des tissus, il faisait, de minute en minute, des instillations avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 3 0/0. L'analgésie a été complète pendant l'opération (Wiener medic. Blaetter, 1884, n° 50).

II. *Pharynx, larynx, fosses nasales.*—M. P. Heymann (*loc. cit.*), n° 5, p. 59, après avoir rappelé les résultats des premières tentatives faites par Jellineck avec la cocaïne, dans le traitement des maladies du pharynx et du larynx, est entré dans quelques détails sur le mode d'emploi de ce nouvel agent d'anesthésie. Le chlorhydrate de cocaïne, tel qu'on le trouve actuellement dans le commerce de la droguerie, se dissout facilement dans l'eau dans la proportion de 5 pour 100 de véhicule. Quand on veut obtenir une solution plus concentrée, il faut ajouter de l'alcool au liquide, ou bien y laisser en suspension de la poudre de chlorhydrate de cocaïne non dissoute. Des diverses muqueuses accessibles au toucher, aucune n'est réfractaire à l'action analgésiante locale de la cocaïne. Mais le degré de concentration de la solution, nécessaire pour obtenir l'anesthésie, varie d'une région à l'autre. Il est de 2 0/0 pour les membranes de l'œil, de 4 à 10 0/0 pour la muqueuse du nez; la solution doit être au 1/5e (20 0/0), plus forte même, quand on veut obtenir l'abolition complète du pouvoir excito-moteur à la surface du larynx. La durée de l'anesthésie complète est de 4 à 10 minutes; à cette première phase succède une seconde phase d'anesthésie relative. En même temps que l'abolition ou l'émoussement de la sensibilité, on observe, au lieu d'application de la cocaïne, une ischémie locale. Sur la muqueuse du pharynx, les effets consécutifs se réduisent à une sensation locale d'engourdissement et à de la dysphagie. Ce dernier phénomène, qui ne fait presque jamais défaut, persiste pendant une demi-heure et trois quarts d'heure.

Avec le secours de la cocaïne, M. Heymann a pu pratiquer des opérations diverses sur le pharynx et sur le larynx, sans occasionner de douleurs aux patients, sans être géné par les mouvements réflexes que développe le contact de tout corps étranger avec la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx. Sur ce point, l'auteur est d'accord avec Jellinek et d'autres laryngologistes. Il vante également les résultats remarquables qu'il a obtenus chez des tuberculeux affectés d'ulcérations de l'épiglotte avec dysphagie douloureuse ; chez ces malades, le badigeonnage des surfaces ulcérées avec une solution de cocaïne à 20 0/0 (sans addition d'alcool) produit une insensibilité passagère, qui fait que, pendant la période d'analgésie, les aliments traversent l'isthme du gosier sans occasionner la moindre douleur. Aucun autre topique ne donne des résultats aussi satisfaisants. Dans les cas de catarrhe aigu du larynx, les applications de cocaïne produisent une atténuation de la toux.

Pour la rhinoscopie, l'anesthésie locale obtenue avec la cocaïne rend les mêmes services que pour la laryngoscopie. M. Heymann a utilisé les propriétés anesthésiante et analgésiante de la cocaïne, pour extirper des polypes et des végétations adénoïdes des fosses nasales. Chez un malade, il a réussi à calmer les douleurs occasionnées par des ulcérations syphilitiques des fosses nasales, en appliquant sur les surfaces douloureuses de petits tampons d'ouate imbibés d'une solution de cocaïne. Enfin, l'extirpation de saillies osseuses, la cautérisation avec le galvanocaustique ont pu être pratiquées sans douleur dans les fosses nasales, grâce à l'application préalable d'une solution de cocaïne. Détail particulièrement intéressant, M. Heymann a constaté l'influence salutaire qu'exerce la cocaïne sur certaines affections qu'on suppose être d'origine réflexe et avoir leur point de départ dans les fosses nasales. Il cite le cas d'un malade qui était pris de quintes de toux au moindre attouchement de la muqueuse du cornet moyen. Mais la toux réflexe cessa de se produire, après qu'on eut badigeonné la surface en question avec une solution de cocaïne. L'emploi topique de cette substance peut donc être utilisé en pareil cas, pour éclairer le diagnostic.

— Morell-Mackensie représente comme tout à fait remarquables les résultats qu'il a obtenus avec la cocaïne (solution à 20 0/0) employée comme anesthésique local pour l'extirpation des polypes des fosses nasales. Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants dans les cas d'ulcérations douloureuses du larynx, les applications de cocaïne étant utilisées pour supprimer les douleurs provoquées par le passage des aliments (British med. Journal, 13 décembre 1884).

III. *Oreille.* — M. Knapp (The New-York medical Record, 25 octobre 1884) a obtenu une atténuation marquée de la douleur que cause l'extirpation des polypes de l'oreille, en utilisant l'action anesthésiante de la cocaïne. M. Knapp a constaté, d'autre part, que cette action anesthésiante se manifeste sur toutes les autres muqueuses (bouche, larynx, rectum, urèthre, etc.).

— M. Bull a eu recours à l'anesthésie locale développée par la cocaïne, pour des opérations sur le tympan et dans le traitement des granulations de l'oreille moyenne (*Ibidem*, 22 novembre 1884).

E. Ricklin.

(A suivre.)

HYDROLOGIE MÉDICALE

Dans son parallèle des eaux minérales de France et d'Allemagne, E. Barrault écrit : « Les eaux sulfureuses sodiques sont de beau- « coup les plus précieuses parmi les sulfureuses ; ce sont elles qui « représentent sur notre sol la plus importante de nos richesses « hydrologiques. »

Cette affirmation ne saurait être contestée. En effet, les eaux sulfurées sodiques ont une efficacité incontestable dans le traitement des maladies de la peau et de la plupart des affections chroniques des muqueuses. Comme les eaux sulfureuses pyrénéennes, celles de Saint-Honoré donnent donc un médicament naturel prescrit chaque jour avec succès contre la laryngite, la bronchite chronique, l'eczéma, l'impétigo, le lichen, le catarrhe vésical, etc., etc., mais avec cet avantage notable que ces dernières agissent en outre avec une intensité toute particulière contre le rachitisme, la scrofule, le lymphatisme et la syphilis. Ces qualités supplémentaires de l'eau de Saint-Honoré avaient été constatées par Alibert, Soubeiran, etc., sans pouvoir être expliquées. Il faut arriver à l'année 1876 pour que la lumière se fasse.

Après des recherches minutieuses faites par le docteur Odin sous le patronage du professeur Gubler, M. Personne, chimiste de l'Académie de médecine, se livra à une nouvelle analyse plus minutieuse et il constata dans les eaux de Saint-Honoré la présence de l'arsenic à l'état d'arséniate de fer et de manganèse. Depuis on ne s'étonne plus qu'elles constituent une classe toute spéciale : celle des eaux *sulfurées sodiques arsenicales*. Les eaux de Saint-Honoré sont en effet les seules eaux sulfureuses en France qui contiennent de l'*arsenic*, cet agent médicamenteux dont l'utilité est flagrante.

Par l'élément sulfureux, elles combattent les dermatoses et les phlegmasies catarrhales ; par l'élément ferro-arsenical, elles agissent comme modificateur général de l'organisme.

Cette modification est visible très rapidement, surtout chez les femmes lymphatiques ou amaigries ainsi que chez les enfants chétifs et malingres. Ces derniers sont, par l'usage des eaux de Saint-Honoré, remis dans un état bientôt voisin de la convalescence, et comme par enchantement redonnés à la santé. Un à quatre verres pour les adultes, un à deux verres pour les enfants, d'eau bue pure ou mieux mélangée à une infusion béchique bouillante, préférablement dans une tasse de lait chaud qui la ramène à la température de la source (31o), telle est, pour obtenir ce résultat, la dose à administrer loin des sources. J'ai dit : « *loin des sources* ». Pas un médecin n'ignore qu'une cure à une station thermale a besoin d'être préparée (c'est le mot), de même que cette cure, une fois effectuée, a besoin d'être maintenue. Faute de ces précautions, il risque de voir ses efforts palliatifs et curatifs frappés d'inertie sinon en tout, du moins en partie. Il lui est facile ici d'obtenir ce double résultat, car les eaux de Saint-Honoré se transportent sans altération aucune. Admises par l'Assistance publique dans les hôpitaux de Paris où elles ont été expérimentées, elles ne perdent aucune de leurs propriétés par le transport. Leur température est assez basse pour que la déperdition du calorique n'en désagrège pas les parties constituantes ; elles ne perdent aucun de leurs éléments, conservent, loin de la source, toutes les propriétés médicales que la nature a fournies à leur composition et aussi l'intégrité de leur spécificité. L'eau que le malade ira boire dans la Nièvre comme celle qu'il boit à domicile renferme toujours l'agent actif qui, selon l'expression du professeur Delioux de Savignac (*Dict.* de Dechambre, art. ARSENIC), *rend aux malades leur ancienne vigueur physiologique par son seul emploi, sans intervention du fer et du quinquina.*

Cette propriété spéciale, qui différencie les eaux de Saint-Honoré des autres sulfurées sodiques, n'est peut-être pas assez connue des médecins, et c'est pour cela que nous l'avons signalée.

Dr THIBAULT.

NOTES & INFORMATIONS

UN DOUBLE PENDANT A L'AFFAIRE SPITZER. — L'affaire Spitzer a eu son épilogne au sein de la Société des médecins de Vienne, dans une séance des plus orageuses, où les premiers médecins experts ont eu de la peine à justifier les conclusions de leur rapport qui ont eu pour conséqnence la condamnation de l'infortuné médecin viennois.

Un procès du même genre, mais dont la terminaison a été plus heureuse pour l'inculpé, s'est déroulé en Bohême. Nous en empruntonns la relation au PROGRÈS MÉDICAL, d'après le WIENER MEDIZINISCHE BLAETTER.

« Le docteur H..., médecin praticien, fut appelé le 28 décembre de l'an passé à Auern auprès d'un enfant qui, en tombant, s'était foulé la main ; dans la région du carpe, deux os étaient luxés. Le médecin arrangea le tout, replaça le tendon déplacé et appliqua un pansement. Le lendemain, il ne vint pas voir le malade, parce que soi-disant on lui avait fait dire que tout allait mieux et que sa présence n'était pas nécessaire. Le troisième jour il vint, enleva le pansement, nettoya la plaie, plaça dessus une compresse trempée dans de l'acide phénique et fit un nouveau pansement. Pendant ce temps, la gangrène se déclara, et d'autres médecins appelés déclarèrent l'amputation nécessaire. Les parents n'y consentirent pas. Quelques jours plus tard, le bras tomba de lui-même. Les médecins déclarèrent que la cause de la gangrène avait été la trop forte compression exercée par le bandage placé par le docteur H..., qui avait arrêté la circulation du sang. Ils déclarèrent en outre que le devoir du docteur H aurait été de venir voir son malade le deuxième jour pour changer le pansement. Plusieurs témoins déclarèrent que le pansement était fortement serré et qu'il n'était pas vrai qu'on eût fait dire au docteur H. que le malade allait mieux et qu'il n'eût pas besoin de venir. M. H. fut donc déclaré coupable d'attentat à la sécurité de la vie (?) par le tribunal du district, et l'exercice de son art lui fut défendu jusqu'à ce qu'il eût prouvé par un nouvel examen qu'il avait suppléé à ses connaissances médicales imparfaites. En même temps il fut condamné à 50 florins d'amende, à 100 fl. de frais de maladie et à 900 fl. d'indemnité au patient. Le docteur H. en ayant appelé, le tribunal fut présidé par le juge Prinz, et le docteur Bendiener (de Prague), défendit l'accusé. La Faculté de médecine de Prague, consultée dans l'intervalle, fut très favorable à H. et déclara en grande partie erronées les conclusions des experts consultés. Il n'y aurait de la part de H. ni négligence, ni ignorance. Les parents eussent dû aller chercher le lendemain le docteur H., puisqu'ils voyaient que l'enfant empirait. Le docteur Bendiener demanda que le jugement fut cassé et son client acquitté, rappelant les contradictions des témoins ; il déclara que l'expertise était basée sur des hypothèses et des calculs intéressés. Le droit ne pouvait, d'après lui, se baser que sur des preuves évidentes et des faits. Le procureur général, chevalier von Koschin, s'associa à ces conclusions, car l'avis de la Faculté de médecine avait donné un tont autre caractère aux faits incriminés que celui donné en première instance. La Cour d'appel prononça, après une courte délibération, nn acquittement. »

Sans aller jusqn'en Bohême, et sans même quitter le territoire français, nous trouvons un procès, qui a précédé de deux ans environ celui du docteur Spitzer, et qui présente aussi avec ce

dernier de nombreuses analogies. Un médecin est appelé auprès d'un individu à qui un éclat de verre a fait une blessure profonde à la partie antérieure du poignet ; ne pouvant saisir dans la plaie les bouts de l'artère ou des artères divisées, à cause des difficultés qu'oppose le blessé, le confrère en question, pour arrêter l'hémorrhagie, applique un pansement au perchlorure de fer et fait une compression modérée. La gangrène survient et exige l'amputation. Le médecin est poursuivi et, malgré une consultation de trois chirurgiens des hôpitaux de Paris qui approuve dans l'espèce sa conduite et le dégage de toute responsabilité, il est condamné en première instance à de forts dommages-intérêts. (Notre code pénal n'a pas d'article qui, en pareil cas, renvoie comme en Autriche, un ancien praticien à l'Ecole). Appel a été fait par notre confrère de ce premier jugement ; nous ignorons si l'arrêt de la Cour a été rendu ; nous croyons plutôt que l'affaire est encore en suspens. Quand nous en connaîtrons le résultat définitif, il nous sera permis d'y revenir et de sortir de la réserve qui actuellement nous est imposée.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DES FACULTÉS ET ECOLES SUPÉRIEURES DE PARIS. — Cette Association vient d'affirmer son existence en inaugurant ses réunions le lundi soir 5 janvier, dans le grand amphithéâtre Gerson.

Cette inauguration a eu lieu sous la présidence d'honneur du *Premier et Doyen des Etudiants de France*, M. Chevreul, assisté de M. le doyen de la Faculté de médecine, J. Béclard, et de plusieurs autres notabilités universitaires, parmi lesquelles nous citerons MM. le vice-recteur Gréard, Larisse, Salicis, Guillaume (de l'Institut), Deschamps, conseiller municipal, Michel Bréal, le doyen de la Faculté de théologie, etc., etc.

L'entrée de M. Chevreul a été saluée par les frénétiques applaudissements de l'assistance qui emplissait la grande salle, et où se mêlaient à la jeunesse des écoles des maîtres et des anciens, tous amis dévoués de l'œuvre naissante.

— CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, M. Alfred Riche a lu, au nom d'une commission composée de MM. Bourgoin, Brouardel, Jungfleisch et Trélat, un rapport concernant l'emploi de la vaseline dans la fabrication des gâteaux, en remplacement de la graisse et du beurre.

Les gâteaux fabriqués avec cette substance ont la propriété de se conserver sans rancir. Cette propriété, très avantageuse pour le marchand, est fâcheuse pour le consommateur qui n'est pas averti par l'odeur de l'ancienneté du gâteau. D'autre part, la vaseline ne possède aucune des qualités nutritives de la graisse et du beurre ; enfin l'action des dérivés du pétrole dans l'économie n'est pas encore connue et personne ne peut affirmer que l'ingestion de ces matières soit sans inconvénient pour la santé.

Conformément à l'avis du rapporteur, le Conseil a émis l'avis qu'il y avait lieu d'interdire l'emploi de la vaseline, de la pétroléine, de la neutraline et de tout autre produit similaire dans la fabrication des gâteaux et en général des substances alimentaires. *(Union médicale.)*

— Un collège, un internat pour les fils orphelins des médecins italiens, qui était en projet depuis quelques temps, est à la veille d'être réalisé, grâce aux soins et à l'activité du comité qui est à la tête d'une aussi belle œuvre de bienfaisance. (IL MORGAGNI).

— Une épidémie de variole sévit à Milan et dans les environs de cette ville. D'après la GAZZETTA MEDICA ITALIANA LOMBARDIA, la maladie se présente avec des symptômes peu graves, mais elle se propage avec une assez grande rapidité.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chéreau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris. Achille Chéreau était né à Bar-sur-Seine le 23 août 1817 et avait été reçu docteur de la Faculté de Paris en 1841.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins dont les noms suivent, qui ont subi leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1883-1884 :

Médailles d'argent. — MM. A. Auvard, J.-P. Barette, G. Bellangé, A. Boissard, A. Chantemesse, P. Gibier, F. Mouvenoux, A. Russon, G. Quesneville et J. Vauthier.

Médailles de bronze. — MM. H. de Argüez, L. Baron, P. Binet, A. Boquin, C. Cantacuzène, A. Cochez, F. Colaneri, L. Condray, H. Crosnier de Varigny, A. Dancourt, P. Dourdin, P. Greffier, E. Levillain, F. Levillain, A. Malécot, V. Ménard, P. Michaux, E. Ozenne, E. Renouard, G. Thibierge, E. Turquet, P. Verchère.

— Le prix Chateauvillars, destiné chaque année à récompenser le meilleur ouvrage de médecine imprimé dans l'année précédente, a été décerné à M. le docteur Constantin Paul pour son ouvrage intitulé : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Vendredi dernier, le ministre de l'instruction publique a reçu les délégués envoyés par la Faculté de médecine de Montpellier, pour protester, au nom de l'intérêt des études anatomiques, contre la suppression de la maison centrale d'Aniane, qui fournissait une bonne partie des sujets pour l'amphithéâtre de dissection.

Les délégués de la Faculté ont été présentés à M. Fallières par les députés de l'Hérault.

**

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé :

1° Que le prix annuel de médecine, institué par décision ministérielle du 5 juin 1883, est accordé, à la suite du concours de 1884, au mémoire de M. Fournié, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie ;

2° Que le prix annuel de chirurgie, également créé par ladite décision, est accordé, à la suite du même concours, au mémoire présenté par M. Audet, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole spéciale militaire.

— Par décision ministérielle du 15 janvier 1885, MM. Lucas et Bodinier, médecins aides-majors de première classe aux hôpitaux militaires des divisions de Constantine et d'Alger, ont été mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Tonkin, pour le service des ambulances.

**

ANNEXE DE L'ASILE DE VINCENNES. — Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 3 janvier dernier, il est créé à Paris un établissement complémentaire annexe à l'asile national de Vincennes, où les ouvriers convalescents seront reçus momentanément à leur sortie de cet asile.

Cet établissement sera installé dans un bâtiment spécial que l'hospice national des Quinze-Vingts fera édifier à ses frais. Le

même hospice pourvoira à l'ensemble des divers service nécessaires au fonctionnement de l'œuvre nouvelle.

Les frais de première installation et les dépenses annuelles d'entretien de l'établissement seront prélevés sur les ressources libres de l'asile national de Vincennes.

Un règlement ultérieur fixera les dispositions de détail relatives à l'organisation intérieure de l'établissement charitable ainsi institué.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 11 au samedi 17 janvier 1885.

Fièvre typhoïde 17. — Variole 2. — Rougeole 33. — Scaratine 2. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 38 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 198. — Autres tuberculoses 25. — Autres affections générales 86 — Malformation et débilité des âges extrêmes 75. — Bronchite aiguë 52. — Pneumonie 106. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 24, — au sein et mixte 21, — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 128. — de l'appareil circulatoire 88. — de l'appareil respiratoire 128. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 36. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0, — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1227 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel du brancardier, par M. le docteur F. Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, membre du comité de la Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer, 1 vol. in-12 de 200 pages avec figures dans le texte et hors texte. — En vente au siège du comité, rue Saint-Léon, 14, à Nancy.

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par le docteur A. Petit, médecin aide-major de première classe attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée. Un volume in-12 cartonné diamant de 245 pages avec figures dans le texte et 1 planche en chromolithographie. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Précis d'accouchements à l'usage des étudiants et des sages-femmes, par le professeur Jallet. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Blépharophtalmostat, par le docteur Bernard (de Cannes). Une brochure tirée du Recueil d'ophtalmologie. — Paris, à la librairie Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1883-1884 (58e année). Un vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. | N° 5 | JANVIER 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE TUMEURS MALIGNES.

Hôpital de la Pitié ; service de M. le professeur VERNEUIL. Observations recueillies par le docteur F. VERCHÈRE, chef de clinique.

Depuis quelques semaines sont entrés dans nos salles plusieurs malades atteints de tumeurs malignes, cancer ou épithélioma, présentant quelques particularités remarquables.

Toutes avaient un aspect particulier et une marche spéciale ; l'histologie est venue donner de ces faits singuliers en apparence une explication naturelle.

CANCER DES GLANDES SUDORIPARES ; OPÉRATION. — RÉCIDIVE. — GÉNÉRALISATION. — MORT.

M... Mina, lingère, 42 ans, entre à la Pitié, salle Lisfranc, n° 12, le 24 novembre 1884.

Elle est amaigrie, pâle et atteinte de cachexie avancée. Les jambes sont œdématiées, principalement la gauche, qui est gonflée et douloureuse à la pression sur le trajet de la veine crurale. Le ventre est volumineux, distendu ; à sa surface se dessinent en lignes bleuâtres des veines nombreuses indiquant une circulation collatérale très marquée.

A la percussion, matité absolue dans les flancs et au-dessus du pubis ; sur la partie moyenne, sonorité exagérée, s'étendant jusqu'à l'épigastre ; il y a donc ascite considérable.

A la palpation, on sent manifestement le bord tranchant du foie qui dépasse de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes. En haut, il remonte peu. La matité hépatique sur la ligne axillaire est de dix à onze centimètres. Malgré le peu d'augmentation du foie et l'absence d'irrégularité à sa surface, l'ascite et la circulation collatérale exagérée démontrent que la glande hépatique est atteinte et qu'il existe des troubles dans la circulation abdominale.

Du côté du thorax, matité remontant en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate, égophonie à la partie supérieure, absence de murmure vésiculaire en bas, disparition des vibrations thoraciques, point de côté forçant la malade à se coucher sur le côté gauche, dyspnée considérable ; donc épanchement pleural du côté droit. L'auscultation du poumon gauche ne donne aucun signe important.

La malade urine seulement 230 cc. en vingt-quatre heures ; diminution considérable de l'urée, *7 gr. 25 par jour* ; traces d'albumine, dues probablement à de nombreux leucocytes.

Appétit nul. Depuis quelques jours vomissements ; diarrhée alternant avec la constipation. Langue vernissée, d'un rouge vif sur ses bords et à sa base, plaques de muguet.

La lésion initiale a débuté il y a peut-être huit ou dix ans, mais l'aggravation ne date que d'un an et demi.

Il y eut d'abord à la région lombaire une petite tumeur roulant sous la peau, présentant à sa surface une petite croûte noire qui arrachée de temps en temps, se reproduisait toujours ; néanmoins l'état général restait excellent.

Aucune hérédité. Mère robuste, ayant eu douze enfants ; père mort âgé, d'une affection restée inconnue. Frères et sœurs bien portants.

M... a eu quatre enfants et trois fausses couches.

Trois enfants sont morts par croup, inflammation d'intestins (?), fièvre typhoïde. Une fille actuellement mariée jouit d'une santé

FEUILLETON

ELOGE DE M. CHARLES-EMMANUEL SÉDILLOT,

Membre correspondant de la Société de chirurgie, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, directeur de l'Ecole de santé militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, commandeur de la Légion d'honneur, par M. PAUL HORTELOUP, secrétaire général de la Société de chirurgie.

Messieurs,

Lorsque parut le *Manuel du chirurgien d'armée*, de Percy, l'éditeur, pour en faire ressortir l'utilité, commençait ainsi la préface : « Le nouvel ordre de choses établi par la révolution à jamais mémorable que nous venons d'éprouver, impose à tous les chirurgiens l'impérieuse obligation de s'appliquer avec la plus grande attention au traitement des plaies d'armes à feu. »

L'Assemblée nationale venait, en effet, par les décrets d'avril 1792, d'instituer le service médical des armées de la République. Quatorze cents médecins ou chirurgiens avaient répondu de suite à son appel ; mais ce chiffre était rapidement devenu insuffisant, et la Convention, pour faire face à toutes les exigences du service, décrétait par la loi du 1er août 1793 : « que tous les officiers de santé, chirurgiens, médecins ou pharmaciens, depuis l'âge de 18 ans jusqu'à celui de 40, étaient mis à la réquisition du ministre de la guerre. »

Au moment où la Révolution éclata, le service de santé militaire était régi par l'ordonnance royale de 1788 ; un remarquable sentiment de justice et d'équité avait présidé à l'organisation médicale dans les régiments et dans les hôpitaux militaires.

A la tête du service, elle avait placé un directoire des hôpitaux militaires et un conseil de santé.

Le directoire, chargé de toute la partie exécutive de l'administration, était composé de deux officiers généraux qui le présidaient, d'un commissaire de guerre et de deux médecins ou chirurgiens

excellente, sauf des migraines assez fréquentes et très douloureuses.

Étant jeune fille, M... était également sujette aux migraines. Digestions pénibles, accompagnées de crampes d'estomac. Pas de vomissements. Pas d'angine. Coryzas fréquents et de peu de durée. Quelques crises de nerfs dans la jeunesse, convulsions, torsion des bras, perte de connaissance. Hystérie manifeste, actuellement disparue. Jamais de chorée.

A une époque indéterminée, éruption de « boutons » aux organes génitaux et aussi quelques taches sur la peau. On n'en trouve plus trace. Quelques douleurs aiguës dans les articulations, mais jamais d'attaque rhumatismale franche. Petite tumeur hémorrhoïdaire qui n'a jamais saigné et n'a duré que quelques jours.

Lorsque la malade entra dans le service de M. Delens, la tumeur des lombes avait augmenté très rapidement en quelques mois et pris les dimensions du poing. Les ganglions externes du triangle de Scarpa étaient envahis.

Au mois d'avril dernier, ablation totale de la tumeur et des ganglions envahis.

La réunion par première intention fut tentée pour la tumeur inguinale et le pansement à plat adopté pour la tumeur lombaire; la peau à ce niveau était envahie et il fallut faire une large perte de substance sans possibilité de conserver des lambeaux.

La malade resta trois mois à l'hôpital. La plaie du dos n'était pas cicatrisée complètement lorsqu'elle sortit. La plaie de l'aine était fermée.

Deux mois après sa sortie, nouvelle ulcération au niveau de l'ancienne cicatrice, supportée par une tumeur dure, bosselée; en même temps récidive dans les ganglions de l'aine.

Au moment de l'entrée à la Pitié, la tumeur de la région lombaire est large transversalement de 7 à 8 centimètres et haute de 4 à 5. La peau fait partie de la tumeur; elle est épaissie, violacée, formant une véritable cuirasse analogue aux plaques superficielles que l'on rencontre dans certaines tumeurs du sein. Au centre se trouve l'ulcération creuse, infundibuliforme; les bords sont végétants, renversés; le fond est couvert d'ichor sanieux.

Au niveau du pli de l'aine, les ganglions transversaux forment une masse dure, qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque. Cette masse est irrégulière, bosselée; la peau est adhérente et amincie en certains points; vers la partie moyenne du pli de l'aine, en dedans de la cicatrice de l'opération ancienne, se trouve une ulcération cancéreuse, grande à peu près comme une pièce de cinq francs.

La gravité de l'état général ne permet pas même d'espérer une amélioration. Les douleurs sont calmées par des injections de morphine. Un vésicatoire est appliqué au niveau de la partie inférieure du thorax à droite.

La malade meurt asphyxiée, cachectique au dernier degré, le 2 décembre.

L'autopsie est pratiquée le lendemain. Les pièces ont été présentées à la Société anatomique par M. Métaxas, interne du service.

Epanchement séreux considérable dans le péritoine, complètement envahi par le cancer. L'épiploon forme un gâteau dur, épais; le péritoine du petit bassin, le péritoine sous-diaphragmatique sont couverts de noyaux cancéreux.

Le foie est farci de noyaux cancéreux, dont les plus gros ne dépassent pas le volume d'une noisette, presque tous siègent à la superficie de l'organe.

Epanchement rouge dans la plèvre droite. La séreuse est épaissie et semée de noyaux cancéreux. Le poumon est lui-même envahi par des noyaux analogues à ceux que l'on trouve dans le foie.

Les reins sont sains, très anémiés.

La tumeur lombaire ne dépasse pas le tissu cellulaire sous-cutané. En certains points, on trouve de petits points noirâtres, pouvant simuler la mélanose, mais qui sont des foyers hémorragiques interstitiels.

Il en existe d'analogues dans la tumeur ganglionnaire.

Des morceaux de la tumeur pris surtout à la circonférence sont remis à M. Nepveu qui nous donne la note suivante :

« Examen d'un fragment pris sur la tumeur récidivée.

« Les coupes ont été colorées au picro-carminate. L'examen a été fait au point de vue du stroma et du contenu des alvéoles.

« Le stroma présente les caractères d'un carcinome; des bandes fibreuses circonscrivent des alvéoles.

« Les cellules contenues dans ces dernières sont en général polygonales et peu granuleuses, plus ou moins irrégulières; elles ont nettement les caractères d'un épithélium atypique.

« Le siège primitif sous-cutané de la tumeur, la forme, les caractères des cellules nous conduisent à penser qu'il s'agit d'un carcinome ayant comme point de départ les glandes sudoripares. »

Cet examen explique les débuts de l'affection, la lenteur de l'évolution, l'état stationnaire prolongé de la petite tumeur, enfin, à un moment donné, la marche rapide qui entraîna la mort de la malade.

Les cancers primitifs à la peau sont rares, comme dans tous les tissus dépourvus d'épithélium.

A quelle affection avions-nous affaire? Quel avait été le début de celle-ci?

On ne pouvait admettre un épithélioma à marche lente. L'épithélioma ne se généralise pas.

des armées distingués par leurs connaissances dans leur art et dans la partie administrative des hôpitaux.

Le conseil de santé, exclusivement composé de médecins ou chirurgiens au nombre de douze, huit en activité, quatre honoraires, avait pour fonctions « l'étude de toutes les parties de l'art de guérir qui peuvent avoir rapport aux hôpitaux militaires ». Il devait éclairer l'administration sur les moyens de perfectionner l'instruction des officiers de santé militaires dont il proposait l'avancement.

La composition du directoire des hôpitaux n'accordait pas à l'élément médical une prépondérance exagérée, mais elle lui donnait, en la lui faisant partager avec le commandement militaire, une équitable et légitime influence.

L'ordonnance de 1788 ne reçut qu'un commencement d'exécution, car déjà se faisait sentir l'approche de la tourmente révolutionnaire; mais, au milieu de l'effondrement général de toutes les institutions de la vieille société française, les établissements appartenant à l'armée furent respectés. Le peuple, qui ne s'effraya d'aucune ruine, n'osa pas toucher aux hôpitaux, à l'organisation du service de santé des armées, car là, il comprit que c'était lui qu'il frappait directement.

La République trouva donc, lorsqu'elle lança ses armées vers la Meuse, l'Escaut, le Rhin, dans les Alpes, un service à peu près organisé, et, surtout, elle trouvait un règlement qu'elle n'avait qu'à s'approprier. Aussi les lois et décrets de 1792 et 1793 ne sont-ils, dans leurs grandes lignes, que la reproduction de l'ordonnance de 1788.

La composition du conseil de santé était modifiée : au lieu de douze membres, il n'y en avait plus que neuf : trois médecins, trois chirurgiens et trois pharmaciens. En remplaçant la vieille dénomination que Molière s'était chargé de ridiculiser, ou donnait, pour la première fois, au service des pharmaciens le même rang que ceux des autres branches de l'art de guérir. Parmi les pharmaciens appelés à faire partie du conseil de santé se trouvait Parmentier.

Les attributions du conseil de santé étaient augmentées; le directoire des hôpitaux ayant disparu, le conseil de santé correspondait sans intermédiaire avec le ministre. Il lui présentait les candidats aux places vacantes et, chose plus grave, il intervenait

On ne pouvait davantage penser à une tumeur fibro-plastique qui engorge rarement les ganglions et ne se généralise qu'exceptionnellement après une première opération.

C'est l'examen histologique qui a tranché la question et permis de reconnaître le point de départ de l'affection.

Le cancer a débuté non pas par la peau elle-même, mais par les glandes de celle-ci, et nous avons en affaire à un cancer des glandes sudoripares.

La tumeur présentait les alvéoles du carcinome, mais les cellules contenues dans ces alvéoles étaient les petites cellules polygonales délicates des acini sudoripares. Lorsque la paroi de ceux-ci a été détruite, que la pénétration dans les parties voisines a pu se faire, que l'extension n'a plus été entravée par la paroi des glandules, la marche est devenue rapide ; pendant toute la période qui a précédé cette marche rapide, la petite tumeur roulant sous la peau est restée stationnaire, a conservé toutes les apparences d'une tumeur bénigne, et l'on sait que cette longue durée est un des caractères de l'épithélioma sudoripare.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DILATATION DES BRONCHES. — MÉNINGITE SUPPURÉE, par M. WEBER, interne des hôpitaux.

H..., terrassier, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Lelong, n° 4, le 14 octobre 1884. Depuis une dizaine d'années environ, il tousse et crache tous les matins. Ses crachats sont un peu abondants. Longtemps spumeux, ils sont verdâtres depuis quatre ans. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Cependant, depuis deux mois environ, la toux était plus fréquente et plus pénible.

Trois jours avant son entrée, il fut pris subitement au milieu de son travail d'une violente céphalalgie qui l'obligea à s'aliter. Le soir il eut de la fièvre, de l'agitation et du délire; le lendemain, il fit appeler un médecin qui prescrivit un vomitif. Depuis ce moment, il ne cessa de se plaindre de la tête. En même temps sa respiration était plus gênée et les quintes de toux plus fréquentes.

A la visite du soir, nous constations les symptômes suivants :

Fièvre vive (40°6 dans le rectum), pouls à 110 sans irrégularités; dyspnée moyenne, respiration bruyante, râle trachéal sonore; à l'auscultation, les deux temps respiratoires sont couverts par des râles sous-crépitants humides, sous les deux clavicules. Inspiration soufflante au niveau du sein droit.

En voulant faire asseoir le malade on provoque une contracture des muscles dorsaux et cervicaux postérieurs, contracture qui disparaît presque entièrement dans le décubitus. Il ne reste qu'une légère extension de la tête : les mouvements de la tête sont douloureux et gênés. Il est impossible de pratiquer l'auscultation en arrière. Teinte subictérique des conjonctives. Pas de troubles oculaires. Faciès exprimant la douleur. Langue sale. Rien à l'examen de la gorge. Abdomen un peu rétracté, indolore, amaigrissement notable des membres inférieurs sur lesquels il existe de nombreuses cicatrices pigmentaires et des traces d'ulcères variqueux; le malade répond assez bien aux questions mais avec une fatigue visible.

Traitement. — Ventouses sèches sur la poitrine, alcool à l'intérieur.

Le malade étant mort dans la nuit, l'autopsie est pratiquée le 16 octobre. Nous constatons les lésions suivantes :

Appareil respiratoire. — Adhérences pleurales aux deux bases et au sommet droit. Poumons volumineux, congestionnés; emphysème aux deux sommets; congestion intense; aspect apoplectique du lobe moyen droit; ni granulations grises, ni tubercules anciens.

A la coupe, le tissu pulmonaire des deux lobes inférieurs présente un aspect aréolaire dû à la dilatation de quelques ramifications bronchiques : la lésion est plus étendue du côté droit. Les cavités sont assez espacées et contiennent du pus; la membrane qui les tapisse est d'un rouge vineux, violacée, sans exulcération apparente; leur volume maximum est celui d'une noisette. Elles sont au nombre de huit à dix à droite, de cinq ou six seulement à gauche, et quelques-unes se continuent nettement avec les ramifications bronchiques. Le tissu pulmonaire qui les sépare est rosé, dur au toucher et crie sous le scalpel.

Le cœur est hypertrophié et légèrement scléreux.

Pas de lésions valvulaires.

La paroi interne de l'aorte est couverte de nombreuses plaques d'athérome.

Le foie est volumineux, lisse; la rate est petite. Les reins sont normaux.

A l'ouverture du crâne, nous constatons l'existence d'une méningite suppurée des parties latérales et de la base de l'encéphale; le pus forme des dépôts verdâtres, surtout abondants à la base du cerveau, sur la face antérieure de la protubérance et de la moelle allongée.

Ces dépôts purulents suivent exactement le trajet des vaisseaux. La pie-mère se détache facilement. La surface des circonvolutions est assez rénitente au toucher et présente une teinte rouge vineuse uniforme; la partie supérieure des deux hémisphères est simplement hypérémiée. Enfin, à la coupe du cerveau, les parois

---

dans la délivrance des certificats de civisme, pièce indispensable pour obtenir un emploi quelconque.

A la tête de chaque armée se trouvaient un chirurgien, un médecin, un pharmacien en chef ayant sous leurs ordres le personnel des officiers de santé.

Dans les hôpitaux, le commissariat de la guerre n'avait qu'un rôle secondaire de surveillance et de police : il ne pouvait prendre de décision que de concert avec le médecin ou le chirurgien en chef.

Devant l'ennemi, le chirurgien en chef avait toute la responsabilité du service, ses collaborateurs ne dépendaient que de lui; son autorité demeurait supérieure, ses ordres s'imposaient sans réplique.

Avant les engagements, le chirurgien en chef désignait l'emplacement des hôpitaux, indiquait la marche des ambulances sur le champ de bataille et devait prendre la direction de l'enlèvement des blessés.

Je ne puis, messieurs, vous donner qu'un aperçu de cette organisation qui subit bien des secousses, contre-coups des bouleversements politiques, mais ce qui ressort, d'une façon éclatante, de ces premiers règlements, c'est la grande autorité dont étaient investis les médecins et chirurgiens en chef; les résultats en furent merveilleux.

Malgré les difficultés effrayantes tenant à la pénurie des ressources, aux guerres continuelles, aux épidémies, à la famine et, même, à ce système de suspicion et d'inquisition si fort en faveur à cette époque, le service de santé militaire, en donnant la confiance aux soldats, contribua largement aux victoires des armées de la République. Percy organisait le bataillon des infirmiers militaires et inventait ces voitures, appelées « wursts » pour l'enlèvement des blessés ; Larrey installait ses légions d'ambulance volante dont la seule création, a écrit un historien, suffirait pour lui mériter la reconnaissance de la patrie.

Acceptée par la force des choses, au début de la Révolution, cette grande autoritée donnée aux chefs du service médical rencontra devant elle, dès que le calme politique sembla renaître, une puissance bien plus considérable : l'administration de la guerre.

Si, à la tête des armées, on trouvait des hommes de valeur, derniers survivants de l'Académie de chirurgie ou de son école,

des cavités ventriculaires sont entièrement ramollies, la toile choroïdienne est enflammée et renferme une assez grande quantité de pus.

Parmi les différentes complications de la dilatation des bronches, les auteurs signalent les accidents pyémiques. Ce fait, que nous avons observé, nous a paru devoir leur être rattaché, bien que la suppuration des méninges soit restée absolument isolée.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES PROPRIÉTÉS ANALGÉSIANTES DE LA COCAÏNE.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Oreille (Suite). — KIRSCHNER (de Wurzbourg) a utilisé l'action anesthésiante de la cocaïne, pour pratiquer la paracentèse du tympan dans les cas d'épaississement non inflammatoire de cette membrane. Le conduit auditif était préalablement débarrassé du cerumen qui l'encombrait et desséché avec soin. Kirschner faisait ensuite cinq à six badigeonnages de chlorhydrate de cocaïne sur le tympan, de telle sorte qu'une quantité suffisante de la solution (5 à 6 gouttes) restât en contact assez prolongé avec la membrane. L'expérience a démontré que pour obtenir l'anesthésie du tympan il faut employer des solutions de chlorhydrate de cocaïne à 10-20 0/0. Après dix à quinze minutes de contact de la solution avec le tympan, on peut inciser cette membrane sans causer de douleur au patient.

Dans les cas d'otite moyenne aiguë suppurée, il a suffi de badigeonages avec une solution à 10 0/0, pour obtenir une atténuation marquée des souffrances et pour pouvoir inciser le tympan sans provoquer cette douleur violente qu'on observe dans les circonstances ordinaires.

Enfin Kirschner espère que le chlorhydrate de cocaïne sera très avantageusement employé comme anesthésique local, dans les cas d'otite moyenne avec épaississement considérable du tympan et accumulation de pus dans la cavité tympanique, pour faciliter l'écoulement du liquide à l'aide du bistouri. Il a également eu recours à cet agent d'anesthésie locale, dans des cas de enrdité et de bourdonnements d'oreille en rapport avec une ankylose des osselets, pour opérer la dicision de ces derniers. (DEUT. MED. WOCHENSCHRIFT, 1885, n° 4.)

IV. *Organes génito-urinaires. — Rectum.* — Nous avons parlé déjà (GAZETTE MÉDICALE, 1884, n° 51) des applications de la cocaïne que M. Fraenkel a faites à la gynécologie. Il indiquait, entre-autre, l'excellent parti qu'on pouvait tirer de l'action analgésiante locale de cette substance, dans le traitement du vaginisme. En France, M. Lejars, interne des hôpitaux, et M. Dujardin-Beaumetz ont mentionné deux faits de vaginieme, où des badigeonnages de cocaïne (solution à 4 0/0), pratiquées à l'entrée de la vulve, ont permis d'introduire le spéculum dans le vagin, sans aucune douleur pour la malade. Dans l'observation publiée par M. Lejars, on avait eu recours sans résultat à la dilatation forcée, puis à la dilatation lente de l'orifice vulvaire, la malade étant plongée dans l'anesthésie chloroformique (*Bulletin de thérapeutique*, 15 décembre 1884).

— M. CAZIN (de Boulogne) a adressé à la Société de chirurgie (*séance du 31 décembre 1884*) une note sur un cas de vaginisme datant de six ans, traité et guéri avec une grande facilité au moyen des badigeonnages et des injections intra-vaginales d'une solution de cocaïne à 2 0/0.

— Notre rédacteur en chef M. de Ransé nous a communiqué un fait inédit dans lequel des badigeonnages sur la vulve avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au sixième et l'application pendant douze minutes, dans l'ouverture de l'hymen, d'une boulette d'ouate imbibée de la même solution ont rendu complétement indolore, chez une fille vierge, l'examen au toucher et au spéculum. Soue l'influence d'une névralgie ancienne, la vulve était le siége d'une hyperesthésie notable, et le moindre contact éveillait une vive douleur. L'action analgésiante de la cocaïne a eu encore pour effet de prévenir toute contraction réflexe, de favoriser l'extensibilité de l'hymen et, malgré un examen complet, d'éviter la plus petite lésion de cette membrane.

— M. BETTELHEIM a eu recours à des suppositoires au chlorhydrate de cocaïne (0,03) dans des cas de ténésme du sphincter de la vessie et du rectum. Le résultat a été satisfaisant

des anciens amphithéâtres militaires, des écoles de santé de Metz et de Strasbourg, le niveau médical n'était pas élevé.

De vieux chirurgiens-majors sans diplôme, un grand nombre de séminaristes ne pouvant plus songer au sacerdoce, des individus ayant une teinte de latinité, avaient été heureux de trouver, dans le service médical des armées, une sécurité que ne leur donnait pas le séjour des villes. Des conflits d'attributions, vieux souvenirs des discussions d'école, s'élevaient souvent entre médecins et chirurgiens. L'esprit d'indépendance qui régnait dans ce corps, justement fier de ses services, devait être un des premiers atteints par les mesures contre-révolutionnaires qui suivent toujours les luttes politiques.

Exploitant habilement ces raisons, le commissariat de la guerre, qui allait devenir l'intendance, profita d'une période d'accalmie pour soumettre à la signature du ministre un décret qui faisait passer entre ses mains tout le pouvoir exécutif.

Ce décret du 30 floréal an IV a été un malheur pour le soldat, un désastre pour le corps de service de santé militaire, auquel il a fallu près d'un siècle pour conquérir, par la loi du 14 mars 1882, les droits les plus élémentaires : son autonomie et la responsabilité de ses actes.

Est-ce que, reconnaissant enfin les services rendus par les médecins de l'armée, le législateur a voulu récompenser leur abnégation, leur dévouement, leur courage ? Non, messieurs, car depuis longtemps, justice eût été forcément rendue.

Sans crainte d'être démenti, on peut dire que si les fautes accumulées par une administration orgueilleuse et incompétente lui ont fait perdre une partie de son pouvoir, il faut attribuer les causes de cette déchéance à la haute situation que le corps de santé militaire a su conquérir, dans l'opinion publique, par la part considérable qu'il a prise au mouvement scientifique de notre pays.

Vous avez tous présents à l'esprit les découvertes, les travaux que nous devons aux plus élevés de la hiérarchie militaire ; mais lisez seulement la liste des lauréats de la Société de chirurgie, vous y trouverez, chaque année, les noms de jeunes confrères de l'armée ; parcourez les procès-verbaux de vos séances, il n'y a pas de mois que l'envoi d'observations intéressantes, recueillies souvent dans de pénibles conditions, ne vous donne la preuve d'un travail continuel.

au point de vue des effets immédiats, mais peu durable (WIENER MED. PRESSE, 1884, n° 45).

— M. Fraenkel avait signalé l'emploi de la cocaïne comme appelé à rendre de bons services dans le traitement de la fissure à l'anus. M. Obissier vient de publier une observation qui corrobore ces prévisions. Deux injections interstitielles, en deux points opposés du sphincter, d'une solution de chlorhydrate de cocaïne (en tout quatre centigrammes d'alcaloïde) ont fait cesser la douleur et permis l'introduction de deux doigts dans l'anus pour opérer la dilatation forcée. Des badigeonnages à la cocaïne ont été continués pendant quelques jours. Le malade n'a plus ressenti de douleurs après la défécation. La guérison s'est maintenue (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 15 janvier 1885).

— M. Fraenkel (*loc. cit.*) avait présumé que l'emploi de la cocaïne ne serait pas d'une grande utilité en obstétrique, sous prétexte que l'anesthésie et l'analgésie locales développées par cette substance sont essentiellement superficielles, tandis que les douleurs de l'enfantement sont, en partie, le résultat d'une distension et d'une dilacération de tissus profonds. Or, dans l'avant-dernière séance de la Société de biologie, MM. Doléris et Dubois (JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, n° 3, page 25) ont annoncé qu'en pratiquant des badigeonnages sur le col et les culs-de-sac vaginaux, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 %, pendant le travail, on supprime les douleurs qui accompagnent la dilatation du col. A cette occasion M. P. Bert (*Ibidem*) a fait savoir, qu'en injectant quelques gouttes d'une solution de cocaïne, dans les bulles écloses au point d'application d'un vésicatoire, il a obtenu l'analgésie de la surface dépouillée de son épiderme.

— M. CABOT a fait part à la Société médicale de Boston, des bons résultats qu'il a retirés de l'action analgésiante locale d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, dans l'opération du phimosis (BOSTON MEDIC AND SURG. JOURNAL, 27 novembre 1884).

— Les recherches faites par M. BLUMENFELD démontrent qu'on peut obtenir une anesthésie prolongée de la muqueuse de l'urèthre, en injectant dans le canal 2 à 3 centimètres cubes d'une solution (2 0/0) de cocaïne. On pousse soigneusement l'injection à l'aide d'une petite seringue; puis, avec le doigt, on obture le méat urinaire pendant trois à quatre minutes. Au bout de ce temps, il ne s'écoule qu'une faible quantité de liquide injecté. On constate alors que la muqueuse uréthrale est le siége d'une anesthésie qui s'étend jusqu'à la limite postérieure de la partie prostatique. Cette anesthésie persiste pendant une demi-heure, mais on peut prolonger sa durée en renouvelant l'injection. On en pourra tirer parti pour faciliter les explorations endoscopiques et pour opérer sur l'urèthre. L'auteur ajoute qu'il faut veiller à ce que la solution de cocaïne, destinée à ces injections uréthrales, soit préparée *sans addition d'alcool*. Dans certains cas de rétention d'urine, on pourra encore essayer d'appliquer sur la muqueuse de l'urèthre, à l'aide d'un porte-remède, une pommade à la cocaïne (3 à 4 %), avec l'espoir de pouvoir se dispenser du cathétérisme (DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 50).

— OTIS, de New-York (NEW-YORK MED. JOURNAL, 6 décembre 1884) a utilisé également des solutions de chlorhydrate de cocaïne (4 0/0) dans de l'huile d'olive, pour obtenir l'anesthésie de la muqueuse de l'urèthre au moment de cathétériser ce conduit, dans les cas d'irritabilité uréthrale et chez les individus atteints d'une affection douloureuse de la prostate; puis pour introduire dans le canal, des instruments de lithotriptie. La solution anesthésiante était injectée dans l'urèthre au moyen d'une seringue fixée dans une sonde en gomme, ouverte à son extrémité antérieure. Une fois, l'injection fut suivie d'une douleur extrêmement vive; renseignements pris, on sut que le pharmacien avait eu la malencontreuse idée de dissoudre les cristaux de cocaïne dans de l'acide chlorhydrique.

Otis a, d'autre part, mis à profit l'action anesthésiante locale de la cocaïne, pour pouvoir introduire le spéculum anal sans occasionner de douleur au patient.

V. *Névralgies.* — Dans six cas de névralgie sus-orbitaire, M. WILLIAM MUREL a pratiqué des injections sous-cutanées d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 4 %. La quantité de liquide injectée chaque fois était de 0,01 à 0,03. Il en résultait un soulagement dont la durée était de douze à vingt-quatre heures. Ces injections, de l'aveu de l'auteur, sont extrêmement douloureuses. C'est pourquoi M. William Murel y a renoncé et leur a substitué des frictions pratiquées, *loco dolenti*, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne dans de l'huile d'œillet, solution au titre de 20 %. Il n'est pas su-

En prononçant l'éloge de l'éminent correspondant de la Société de chirurgie, M. le professeur Sédillot, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, nous rendons un juste hommage à un des médecins militaires qui a puissamment contribué, par ses travaux et par son enseignement, à préparer ce légitime succès.

M. Charles-Emmanuel Sédillot naquit à Paris, le 18 septembre 1804.

Sa famille, originaire d'Auvergne, comptait plusieurs médecins dont la science a conservé les noms : le premier, habile accoucheur, connu sous la dénomination de Sédillot l'ancien, a laissé une formule antisyphilitique qui porte son nom ; un autre, appelé Sédillot le jeune, a publié des journaux de médecine et de pharmacie qui forment une curieuse collection de près de cent volumes. Son père, astronome et savant orientaliste, avait épousé la fille d'un officier distingué, le colonel Fossé, auteur d'importants ouvrages sur l'attaque et la défense des places de guerre.

On pourrait presque dire que, par droit de naissance, M. Sédillot était destiné à étudier la médecine et à en suivre la carrière militaire.

Etudiant en 1822, il concourut pour l'externat des hôpitaux de Paris, et entra au Val-de-Grâce en 1824 ; l'année suivante, il prend part au concours de l'internat, mais il ne dut pas l'achever, car le 20 novembre de la même année, il est à Metz comme chirurgien sous-aide-major à l'hôpital d'instruction, où il obtient le premier grand prix en 1826.

Rappelé à Paris, l'année suivante, il remporte la même distinction au Val-de-Grâce et le prix d'anatomie et de physiologie à l'Ecole pratique de la Faculté.

En 1829, M. Sédillot soutient une remarquable thèse de doctorat sur le nerf pneumogastrique et ses fonctions chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

A peine reçu docteur, il fait, soit officiellement, comme démonstrateur au Val-de-Grâce, soit librement à l'Ecole pratique, des cours d'anatomie descriptive et chirurgicale, des cours de médecine opératoire, et, en 1832, il se présente au concours de l'agrégation de la Faculté de Paris.

Il n'est pas nommé, mais cet échec ne le décourage pas, et pour se préparer avec plus de succès, M. Sédillot se réunit à un de ses jeunes collègues, héritier d'un grand nom qu'il devait encore illustrer. Chaque jour une leçon d'une heure, une argumentation

perflu d'ajouter que cette médication est extrêmement coûteuse, car le prix de revient de 100 gouttes de la solution formulée en dernier lieu, est estimé par M. William Murrel à 2 livres sterling (50 fr.)! Voilà une application des propriétés analgésiantes de la cocaïne, qui nous ne paraît pas très heureuse, et qui, selon toute apparence, ne fera pas grand tort à l'emploi des injections sous-cutanées de morphine. (British medical Journal, 13 décembre 1884).

VI. *Chirurgie courante.* — M. Burke préconise l'emploi des injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne pour les petites opérations qui ne légitiment point l'emploi des inhalations de chloroforme ou d'éther. Ainsi, dans un cas de phlegmon de la main, il a injecté en deux fois (cinq gouttes chaque fois) dix gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne (à 20 %), près de l'endroit où devaient être pratiquées les incisions. Celles-ci n'ont pas occasionné la moindre douleur (New-York med. Journ., 29 novembre 1884).

— Jackson s'est servi avec succès d'onctions faites sur le cuir chevelu, avec de l'huile contenant 4 0/0 de cocaïne, pour rendre l'épilation indolore (*Ibidem*).

— Wilson a pu opérer sans douleur l'extirpation d'un athérome, après avoir injecté préalablement sous la peau, au niveau de la tumeur, quelques gouttes d'une solution de cocaïne (New-York medical Record, 22 novembre 1884).

— De même, Croston a réussi à enlever un épithélioma de la joue, sans occasionner des douleurs vives au patient, après avoir pratiqué trois injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 %, de la valeur de quatre gouttes chacune (une piqûre au-dessus de la tumeur, deux autres des deux côtés du néoplasme). — (Boston med. surg. Journal, 11 décembre 1884).

— Hall et Halsted ont fait, sur eux et sur des personnes de bonne volonté, des injections sous-cutanées d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0 (6 à 8 gouttes, à chaque injection) pour s'enquérir de l'influence que cette pratique pouvait avoir sur la sensibilité locale. Ils ont constaté qu'en aval du siège de la piqûre, il se formait une zone d'anesthésie, de 2 à 3 pouces d'étendue; en même temps, du vertige, des nausées, des sueurs froides, de la dilatation des pupilles survenaient comme témoignages de l'absorption de la cocaïne et de son action toxique sur le système nerveux central. Les deux médecins en question ont réussi à enlever, sans douleur, un kyste siégeant à l'arcade sus-orbitaire, après avoir pratiqué des injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne en différents points de la tumeur (en tout 19 gouttes de la solution à 4 0/0). Assistés de M. Nash, ils ont pu évider et obturer une dent malade, sans que le patient accusât la moindre douleur, grâce à des injections de chlorhydrate de cocaïne poussées dans le tissu sous-muqueux des gencives, en des points aussi rapprochés que possible du nerf dentaire. Il en résultait du même coup, une anesthésie de la moitié correspondante de la langue, du voile du palais, des joues et des lèvres (Deutsch. medizinal Zeitung, 1885, n° 7).

— Cartwright recommande l'emploi de solutions de cocaïne à 20 et 30 0/0, pour la chirurgie dentaire, principalement chez les enfants (The Lancet, 20 décembre 1884).

— Dans un cas de brûlure de la face au 2e degré, avec douleurs d'une violence extrême, Weiss (de Vienne) a employé des badigeonnages répétés d'une solution de cocaïne à 2 0/0 sur le siège des brûlures. Le résultat a été la cessation immédiate et définitive des douleurs (Wiener medic. Wochenschrift, 1885, no 1).

— Avant de clore cette revue, nous croyons devoir donner à nos lecteurs une analyse détaillée de la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de médecine interne de Berlin sur les applications thérapeutiques récentes et les propriétés physiologiques de la cocaïne (Deutsche medizinal Zeitung, 1885, nos 6 et 7).

B. Fraenkel a constaté que les résultats annoncés il y a quelques semaines, par Jellinek (1), ont été vérifiés depuis par un grand nombre de laryngologistes. Grâce à la connaissance de l'action analgésiante locale de la cocaïne, on est aujourd'hui à même d'opérer sur le larynx de l'homme vivant avec autant d'aisance que sur un larynx artificiel. Jellinek a eu encore le mérite de mettre en lumière l'action décongestionnante locale qu'exercent sur les muqueuses, et en particulier sur la muqueuse des fosses nasales, des badigeonnages avec une solution forte (20 0/0) de chlorhydrate de cocaïne. Cette propriété permettra peut-être d'obtenir la guérison définitive des névroses réflexes qui ont

(1) Voir Gazette médicale, 1884, no 51, p. 604.

---

approfondie les rompent aux difficultés de la lutte, et au concours de 1835, ils étaient nommés, M. Sédillot le premier, M. Larrey le troisième; Lenoir obtenait la seconde place et Malgaigne, récemment sorti du Val-de-Grâce, complétait la liste.

De ce travail de chaque jour est née une mutuelle affection qui n'aura pas à redouter l'illusion des amitiés de la terre, dont parle Bossuet, qui s'en vont avec les années et les intérêts. Lorsque les événements séparèrent les deux amis, il s'établira entre eux une correspondance, gracieusement mise à ma disposition, qui jusqu'à la dernière heure, sera empreinte des sentiments les plus délicats de sympathie et d'estime.

Le brillant succès qu'il venait de remporter engagea M. Sédillot à se mettre sur les rangs pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort de Dupuytren, et, trois ans plus tard, pour celle de médecine opératoire. Dans ce concours, il eut à traiter comme sujet de thèse, de l'empyème, opération alors bien discréditée; Dupuytren avait affirmé que sur cinquante opérés, il en avait perdu quarante-huit; Velpeau que sur douze empyèmes, il avait eu douze morts; on trouvait, à cette époque, qu'il fallait « avoir une tendance bien basardeuse pour proposer d'injecter dans la cavité de la plèvre un mélange d'huile et de vin, car pour émettre semblable avis, il fallait avoir oublié toutes les conditions du foyer pleurétique ». M. Sédillot s'éleva avec énergie contre ces propositions en prenant pour épigraphe: *L'opération de l'empyème est mal connue, mal appréciée et mal faite.* Il indiqua tout un plan opératoire et thérapeutique. *Puisque la nature,* dit-il, *nous montre le mécanisme et les phénomènes de la guérison spontanée du pyothorax et que l'anatomie nous l'explique, l'art doit profiter de ces enseignements et trouver des ressources là où l'organisme n'en fournit plus.* La pratique, conseillée par M. Sédillot, semblerait, ainsi que l'a écrit un de ses élèves, aujourd'hui bien timide, mais en se reportant à 1839, il y avait un certain courage à l'exposer, et cette thèse eut une réelle influence.

Malgré le talent que M. Sédillot déploya dans ces concours, il comprit qu'il arriverait difficilement à Paris, et lorsque Bégin, venant prendre la direction du Val-de-Grâce, abandonna la chaire de clinique chirurgicale à Strasbourg, il se mit sur les rangs.

En même temps que la chaire de clinique chirurgicale, une chaire de pathologie externe était vacante; la Faculté de Strasbourg décida que les deux chaires n'en formeraient plus qu'une,

leur point de départ dans une turgescence de la muqueuse de Schneider. Dans tous les cas, grâce à la découverte de l'action anesthésiante de la cocaïne, nous sommes désormais en mesure de décider si, dans un cas donné, nous avons ou non affaire à une névrose réflexe, conséquence d'une altération de la muqueuse nasale.

SCHOELER a rappelé les services que l'application des propriétés anesthésiantes et analgésiantes de la cocaïne au traitement des maladies des yeux a rendus déjà. Schoeler a constaté pour sa part, qu'en instillant dans l'œil de l'atropine d'abord, de la cocaïne ensuite, on porte la dilatation pupillaire presque à son maximum. Il semble donc qu'il se produise une cumulation des effets mydriatiques des deux substances, que l'auteur a eu l'idée de mettre à profit dans le traitement des iritis récentes, des infiltrations doulonreuses de la cornée et des ulcérations; les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants, tant au point de vue de la cessation des douleurs que de la rapide résorption des exsudats.

Abordant la question du mécanisme de la dilatation pupillaire produite par la cocaïne, Schoeler rappelle que Hœltzke a prétendu, sans fournir de cela des preuves suffisantes, que la cocaïne paralyse les fibres accommodatrices de l'oculo-moteur, tout en excitant les filets du grand sympathique. Pour Schoeler, on peut conclure de quelques observations plus probantes que la cocaïne, sans influence sur l'oculo-moteur, paralyse les filets terminaux du trijumeau et excite ceux du grand sympathique. Si ces vues se vérifient, on pourra en déduire des applications très heureuses au traitement des maladies internes de l'œil.

HIRSCHBERG avait déjà fait connaître les premiers résnltats qu'il a obtenus avec la cocaïne dans le traitement des maladies des yeux. Il a ajouté que l'analgésie locale obtenue avec la cocaïne trouvera surtout son emploi chez les adultes et les vieillards; chez les enfants, qui supportent admirablement les inhalations de chloroforme, il sera souvent préférable de recourir à ce moyen d'anesthésie. Hirschberg croit devoir prémunir contre les dangers de collapsus, qu'on fait courir aux opérés, quand on abuse des injections de chlorhydrate de cocaïne dans les tissus intra-orbitaires, par exemple pour l'énucléation de l'œil; c'est là encore une opération pour laquelle il est préférable de recourir à l'anesthésie chloroformique.

D'après Hœltzke, l'élargissement de la fente palpébrale, consécutive aux instillations de cocaïne, serait dû à une action directe de cette substance sur les fibres lisses des paupières. Koller l'avait attribué à la suppression des excitations du dehors, conséquence de l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée. Hœltzke a constaté que la pupille, dilatée à la suite des instillations de cocaïne, continue de réagir contre les excitations lumineuses et les mouvements de convergence des yeux. Il dénie à la cocaïne toute influence sur l'accommodation. Tous ces faits s'expliquent, si on admet que la cocaïne excite les terminaisons du grand-sympathique dans l'œil; les effets de cette excitation continuent de se manifester chez un animal auquel on a sectionné le grand sympathique cervical, preuve qu'elle est directe et non point reflexe.

KRAUSE a utilisé l'action analgésiante de la cocaïne pour l'extraction des séquestres et le traitement des névroses reflexes des voies respiratoires supérieures. A ce propos, il a cité le cas d'une jeune dame qu'il avait débarrassée, il y a quatre mois, de polypes des fosses nasales. Depuis lors, cette dame était sujette à de l'épiphora et à des douleurs s'irradiant dans la joue gauche. Entre le cornet moyen et la cloison, on découvrait deux polypes, à l'examen des fosses nasales. Krause fit trois badigeonnages successifs de chlorhydrate de cocaïne (solution à 10 0/0), en trois séances différentes. Après chaque séance, la malade se trouva débarrassée de son larmoiement et de ses douleurs pendant vingt-quatre heures environ. Ce n'est donc pas à tort que certains auteurs ont admis l'existence de névroses reflexes, consécutives à une irritation des fosses nasales.

Krause a insisté ensuite sur les bons services que rend l'emploi topique du chlorhydrate de cocaïne pour combattre la dysphagie douloureuse des tuberculeux. D'après Lublinski, il n'y a pas à craindre que l'anesthésie de l'isthme du gosier et de l'entrée du larynx ait pour conséquence de livrer accès au bol alimentaire dans les voies respiratoires, comme on eût pu s'y attendre *à priori*. Les expériences que Lublinski a faites sur lui-même démontrent que quand la déglutition s'opère de cinq à dix minutes après un badigeonnage à la cocaïne, le pouvoir réflexe persiste à un degré suffisant pour s'opposer à l'entrée des matières alimentaires dans le larynx. D'ailleurs la sensibilité subsiste intacte, à la face interne du larynx; dès lors, les corps étrangers qui pénétreraient dans

---

mais que la chaire serait dédoublée et que les professeurs nommés feraient alternativement six mois le cours de pathologie et six mois le cours de clinique. Mais la Faculté voulut aussi décider que le titre de professeur à la Faculté serait incompatible avec celui de professeur à l'hôpital d'instruction militaire que le départ de Bégin laissait vacant, et qu'avant de s'inscrire les candidats militaires devraient s'engager, s'ils étaient nommés, à donner leur démission de l'armée.

Cette prétention souleva de nombreuses réclamations; le conseil royal de l'instruction publique refusa de la sanctionner, et, pour couper court à des discussions qui auraient pu influencer le résultat, il décida que le concours pour les deux chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale aurait lieu devant la Faculté de Paris avec un jury mixte.

M. Sédillot se présentait avec des titres considérables: agrégé de la Faculté. professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce, il avait publié un manuel de médecine légale, le premier volume de sa médecine opératoire; il avait fait connaître de nouveaux procédés pour l'amputation partielle du pied et pour celle de la jambe avec un lambeau musculo-cutané externe; il avait proposé une classification des luxations scapulo-humérales; il avait surtout appelé l'attention sur l'importance de l'application du dynamomètre dans la réduction des luxations à l'aide des moufles; enfin, le Dictionnaire de médecine lui devait un grand nombre d'articles.

L'issue du concours n'était pas douteuse: M. Sédillot fut nommé pour remplir une des chaires, et Rigaud, chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté. obtint la seconde chaire.

Malgré le désir exprimé par la Faculté, M. Sédillot succéda à Bégin dans ses fonctions à l'hôpital d'instruction militaire.

Il est permis de regretter que cette nomination de professeur à la Faculté de Strasbourg ait éloigné M. Sédillot du service militant, car, dans ses rares apparitions sur le champ de bataille en Pologne et en Algérie, il avait déployé les qualités du vrai chirurgien d'armée.

Il venait à peine de passer sa thèse que, quelques mois après la révolution de Juillet, éclata l'insnrrection de Pologne. Cette nouvelle: La Pologne est libre, fut accueillie avec enthousiasme par la France. Appui à nos frères de Pologne! était le cri général. Encore tout fiers du succès qu'ils venaient de remporter à Paris, nombre de jeunes libéraux coururent se joindre à ces bandes de

ce conduit seraient immédiatement expulsés par des efforts de toux.

Holz a mentionné un cas de vomissements incoercibles chez une femme enceinte âgée de vingt-six ans, parvenue au troisième mois de la gestation. La ténacité du mal avait déjà fait agiter l'opportunité d'une interruption de la grossesse: Holz fit prendre à cette femme *dix gouttes* d'une solution de cocaïne à 3 0/0. Les vomissements cessèrent jusqu'au lendemain. Il fallut réadministrer deux fois la même dose, à vingt-quatre heures d'intervalle, pour obtenir la cessation définitive des vomissements.

En terminant, nous signalerons un très intéressant travail de M. Bengnier-Corheau, de Saint-Michel (Bulletin de thérapeutique, 15 décembre 1884), dans lequel le côté historique de l'étude des propriétés pharmacodynamiques de la coca et de la cocaïne est traité avec autant d'érudition que de charme.

Publications nouvelles a consulter.

Seiler. La cocaïne nouvelle anesthésique local dans les opérations pratiquées sur les fosses nasales et le larynx (*The med. and surg. Report Philadelphia*, 22 novembre 1884).

Knapp. Le chlorhydrate de cocaïne ; expériences et applications.

Reosa. Un nouvel anesthésique local (bouche, rectum, urèthre).

Bosworth. Une nouvelle application thérapeutique de la cocaïne (Diagnostic des névroses réflexes).

Hepburn. Notes sur le chlorhydrate de cocaïne (Injections sous-cutanées) (*New-York med. Journal*, décembre 1884).

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique de médecine mentale, par le docteur E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Octave Doin, 1885.

Le livre de M. Régis mérite mieux que le titre modeste qui lui a été donné. Un manuel est généralement un travail de compilation et de condensation dans lequel la personnalité de l'auteur disparaît, et où l'on n'exige de lui que l'impartialité et l'exactitude dans la reproduction des recherches et des opinions des autres, une bonne méthode d'exposition, une grande clarté de style. Certes, ces qualités sont loin de faire défaut dans l'ouvrage de M. Régis, mais notre confrère a puisé beaucoup dans son propre fonds et écrit nombre de pages originales qui ne sont ni les moins bonnes ni les moins intéressantes. On ne réapprend donc pas seulement en parcourant ce livre, et ceux qui savent déjà y trouvent à apprendre.

Il est divisé en deux parties : l'une théorique, l'autre pratique.

La première comprend deux sections consacrées, l'une à la pathologie générale, l'autre à la pathologie spéciale de l'aliénation mentale.

Au point de vue de la pathologie générale, l'auteur passe successivement en revue, dans autant de chapitres, l'historique de l'aliénation mentale depuis les temps anciens jusqu'à nos jours; la pathologie générale proprement dite (étiologie, diagnostic, marche, durée, terminaison, anatomie pathologique, traitement) ; la symptomatologie générale (éléments primitifs ou constitutifs de la folie); la, ou plutôt les classifications.

Dans la section de pathologie spéciale, M. Régis, appliquant la classification qu'il a adoptée, étudie successivement : 1° Les aliénations constitutionnelles ou infirmités cérébrales (faiblesse d'esprit, imbécillité, idiotie, crétinisme, démence); 2° les aliénations fonctionnelles ou folies proprement dites : — A folies généralisées ou avec réaction générale morbide (manie, mélancolie, folie à double forme); — B folies partielles ou sans réaction générale morbide (folie hypochondriaque, délire de persécution, folie religieuse ou mystique, folie à deux, folie ambitieuse); — C folies symptomatiques, sympathiques, ou, pour employer l'expression de l'auteur, *associées* soit aux états physiologiques (enfance, puberté, menstruation, grossesse, ménopause, vieillesse); soit à des états pathologiques aigus, variole, choléra, érysipèle, fièvre typhoïde, ou chroniques, anémie, goutte, rhumatisme, syphilis, etc. (folies diathésiques); soit à des intoxications (folies toxiques : alcoolisme, saturnisme, morphinisme); soit à des maladies du système nerveux : cerveau (paralysie générale, démence apoplectique), moelle, névroses (folies hystérique, épileptique, choréique, etc.); soit enfin à des maladies des appareils organiques (folies sym-

généreux patriotes, espérant que leur avant-garde volontaire allait être suivie d'un appui plus réel; espérance qui ne devait pas se réaliser. Le nouveau gouvernement français ne pouvait pas se lancer dans de semblables aventures; mais braver les sympathies de la France eût été un réel danger, aussi sembla-t-il s'y associer.

MM. Sédillot, Malgaigne et quelques autres chirurgiens obtinrent l'autorisation de partir. Quoiqu'on ait écrit qu'ils furent entraînés plutôt par l'amour de la chirurgie que par la passion politique, je me plais à croire que l'idée de servir une noble cause ne fut pas étrangère à leur détermination.

La campagne fut dure, et, quoique très occupé par ses opérations, M. Sédillot put réunir d'intéressants matériaux sur la plique polonaise, qu'il publia à son retour.

L'histoire a enregistré avec quel héroïsme fut soutenue cette lutte dont le triomphe aurait pu changer la face de l'Europe ; mais mal dirigés par des chefs hésitants, en proie à des discussions de partis, ne voyant pas venir les secours espérés, écrasés par des forces considérables, les Polonais durent s'avouer vaincus, et le maréchal Sébastiani pouvait prononcer ce mot tristement célèbre : « L'ordre règne à Varsovie. »

Plusieurs bandes cherchèrent un refuge en Autriche, où M. Sédillot paya de quelques mois d'internement sa chevaleresque équipée.

Trente ans plus tard, la Pologne essayait encore de secouer le joug de l'oppresseur ; un interne des hôpitaux, aujourd'hui votre collègue, qui a vu de près ce suprême effort, peut vous affirmer qu'on n'avait pas oublié le courageux dévouement des jeunes chirurgiens venus de cette France à laquelle la Pologne mourante adressait cette touchante plainte : « Dieu est trop haut et la France trop loin. »

(A suivre.)

Cours d'accouchement en 42 leçons. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours le lundi 16 février à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser, soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundis, mercredis et vendredis, à 1 h. 1/2.

pathiques : folie utérine, hépatique, vermineuse, cardiaque). — La seconde partie de l'ouvrage, partie pratique, comprend comme la première deux sections, consacrées, l'une à la *pratique médicale* relative au traitement des aliénés et aux divers points qui s'y rattachent (examen de malade, opportunité de la séquestration, placement et traitement dans les établissements spéciaux, traitement à domicile ou en liberté, déontologie médico-mentale), l'autre à la pratique *médico-légale*, c'est-à-dire à l'étude médicale des questions judiciaires concernant les aliénés (responsabilité pénale des aliénés, expertises médico-légales, capacité des aliénés).

Maintenant que nous avons fait connaître le plan général de l'ouvrage, nous reviendrons rapidement sur quelques points qui nous semblent devoir plus particulièrement fixer l'attention et qui portent l'empreinte personnelle de l'auteur.

Quand on a à traiter un sujet, la première chose à faire, c'est de le nettement définir. M. Régis adopte, pour la folie, la définition d'Esquirol : « *une affection cérébrale, ordinairement chronique, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté* », en y ajoutant toutefois *l'inconscience* où se trouve le malade de son état. Il insiste, non sans raison, sur la distinction à établir entre la *folie* et l'*aliénation mentale*, deux expressions que l'on confond généralement dans le langage usuel et même dans le langage médical. Aliénation mentale est le terme générique ; folie, le terme spécifique. Par exemple un imbécile est un aliéné, non un fou ; mais il peut être atteint d'un accès de manie ou de mélancolie : alors seulement il devient fou. En d'autres termes, l'imbécilité, la folie, de même que la démence, sont des formes particulières d'aliénation mentale.

Cette distinction a, dans l'espèce, une grande importance, car elle sert de base à la classification adoptée par M. Régis. Il est peu d'affections qui aient prêté à autant de classifications que les maladies mentales. L'auteur les groupe sous quatre chefs principaux : 1° les classifications psychologiques, basées sur la nature des troubles intellectuels; elles ont surtout cours en Amérique et en Allemagne et ont actuellement pour représentant le professeur Hammond ; 2° les classifications symptomatiques, basées sur les manifestations objectives ou cliniques de la maladie ; parmi les médecins aliénistes qui les ont adoptées, on compte Esquirol, M. Baillarger, Marcé, M. Ach. Foville ; — 3° les classifications étiologiques proposées par Morel, mitigées par M. Ball ; — 4° les classifications anatomiques, dont M. Luys a proposé un programme qui, dans l'état actuel de la pathologie mentale, ne peut être qu'un simple essai.

M. Régis examine et discute la valeur respective de chacune de ces classifications, et aucune d'elles ne résiste à une critique un peu rigoureuse ; il est ainsi conduit à en proposer une autre. Il commence par séparer les folies primitives, simples ou protopathiques des folies symptomatiques sympathiques, ou associées, qui ne sont en définitive autre chose que l'association (nous ajouterons parfois la simple coïncidence) des premières avec un processus quelconque, physiologique ou morbide. Dans tous ces cas, la folie est au fond identique à elle-même, et on tombe dans une exagération propre à jeter l'obscurité sur la question en voulant créer autant de formes ou d'entités morbides qu'on peut rencontrer ainsi de folies associées.

S'en tenant donc aux types primitifs ou aux formes simples de l'aliénation mentale, M. Régis commence par étudier les éléments morbides qui les constituent et il en distingue deux ordres : 1° les éléments constitutionnels ou organiques (arrêt de développement, affaiblissement ou usure) ; 2° les éléments fonctionnels ou dynamiques. Il est ainsi conduit à diviser les aliénations mentales en deux grandes classes : 1° *Les aliénations mentales constitutionnelles* ou aliénations mentales proprement dites, qui atteignent le fonds même de l'intelligence, à sa constitution et qu'il désigne encore sous le nom d'*infirmités cérébrales* (imbécillité, idiotie, crétinisme, démence) ; — 2° *les aliénations mentales fonctionnelles* ou folies qui respectent le fonds de l'intelligence, mais altèrent son fonctionnement (manie, mélancolie, folie partielle). Nous avons indiqué plus haut les subdivisions de cette classification.

On voit en somme que la classification de M. Régis est un peu éclectique ; mais elle repose avant tout sur l'observation clinique, éloignant *à priori* toute idée de système, par suite toute théorie un peu hasardée ou hâtive, et elle nous semble puiser dans ce fait même une grande force en même temps qu'elle satisfait l'esprit. En tout cas, elle constitue un excellent programme et un ordre parfait d'exposition pour l'étude des maladies mentales.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans la description de chaque forme de folie en particulier. Nous signalerons simplement en passant l'heureuse application qu'il a faite des tracés graphiques pour donner une idée exacte et précise de l'évolution de la folie à double forme ; — sa manière synthétique de comprendre la folie partielle qui est toujours une, mais présente trois périodes successives : 1° *une période d'analyse subjective* (folie hypochondriaque) ; 2° une période d'explication délirante (délire de persécution, délire mystique) ; 3° *une période de transformation de la personnalité* (folie ambitieuse) ; — le chapitre consacré à la paralysie générale, où l'auteur, dualiste avec M. Baillarger, sépare la démence paralytique, qui constitue le fond propre et la caractéristique de la maladie, des différentes formes de folie qui peuvent lui être associées ; — les développements relatifs aux pseudo-paralysies générales syphilitique, saturnine et alcoolique, sujet encore récent et à l'étude, auquel M. Régis a apporté le contingent de ses propres recherches ; — les considérations générales sur les folies sympathiques, qui se caractérisent surtout : 1° par la nature de leur cause organique, pouvant être aussi bien physiologique que pathologique ; 2° par la limitation de cette cause à un viscère ou à un appareil plus ou moins éloigné du cerveau ; 3° par l'absence de lien anatomique ou physiologique direct entre le siège du processus organique et le cerveau ; celui-ci n'est atteint que par contre-coup, par suite sans doute d'une action réflexe qui lui serait transmise par l'intermédiaire du grand sympathique ; c'est du moins ce que, dans l'état actuel de nos connaissances, M. Régis tend à admettre avec M. Voisin.

Si la partie théorique, dont nous venons de donner un trop court aperçu, offre un véritable attrait par la manière nette et précise dont les problèmes de la pathologie mentale sont posés, sinon tous résolus, la partie pratique, dont il nous reste à dire quelques mots, ne présente pas un moins grand intérêt. M. Régis fait largement bénéficier le lecteur de l'expérience qu'il a acquise ; il lui sert de guide dans toutes les situations où le médecin peut se trouver placé vis-à-vis des aliénés ; il entre dans des détails minutieux, prévoit tous les cas, signale et apprend à vaincre toutes les difficultés, donne partout et toujours les conseils les plus judicieux, les préceptes les plus sages.

« Je serai trop payé de mes peines, dit M. Régis dans son introduction, si cet ouvrage atteint, dans une certaine mesure, le but que je me suis proposé, et si, accueilli avec indulgence par le pnhlic médical auquel je le dédie, il devient pour lui, en attendant mieux, le *vade mecum*, le *guide pratique* de la médecine mentale. »

Qne notre excellent confrère jouisse sans réserve dn fruit de son travail. Nous pouvons lui affirmer que, dans la période de transition que nons traversons, son livre sera accueilli, non avec indulgence, mais avec reconnaissance, par tous les médecins, en particulier par ceux, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, qui sont peu familiarisés avec l'étude et les difficultés de la pathologie mentale.

D[r] F. DE RANSE.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DU FER AU POINT DE VUE DE L'ASSIMILATION. — Ce qui doit dominer toute la thérapeutique martiale, c'est la constatation, qui n'est que trop facile à faire chez nos anémiés, de la diminution d'énergie des grandes fonctions et particulièrement des fonctions digestives et d'assimilation, d'où l'obligation étroite pour nous de porter notre choix sur un ferrugineux physiologique, si possible, en quelque sorte tout élaboré et qui n'a rien à emprunter pour son absorption aux sucs digestifs d'un estomac délabré.

Nous devons avouer, qu'à part l'iodure ferreux qui, dans la diathèse scrofuleuse, agit d'ailleurs autant, si ce n'est plns, par son iode que par le fer lui-même, la majeure partie des ferrugineux ordinaires nous ont fourni trop souvent des résultats infidèles.

Etant formellement admis aujourd'hui que le fer doit s'administrer à faible dose, quelques thérapeutistes ont pu un instant se demander si le fer dans les aliments n'existait pas en quantité suffisante pour suffire aux besoins de la réparation hématique. C'était là une thèse qui, de prime abord assez spécieuse, ne compte cependant plus de partisans aujourd'hui. Il est bien démontré en effet que dans l'anémie essentielle et la chloro-anémie, c'est-à-dire dans la pénurie hématique due à une altération spontanée de la fonction hémato-poïétique, à une perturbation dans le processus de régénération du globule sanguin, l'intervention du fer est formellement indiquée, et rien, absolument rien, ne saurait le suppléer.

D'autre part, il paraît certain qu'à notre époque de vie surmenée, où chacun brûle à outrance, où la dépense physiologique de tous les jours, supérieure à la recette, conduit fatalement à une anémie en quelque sorte endémique, il paraît certain que par cela même le fer est appelé à élargir tous les jours son action dans le domaine de la thérapeutique reconstituante.

Il paraît donc d'un intérêt capital pour le praticien de s'inquiéter d'un ferrugineux facilement assimilable, et c'est le moment de rappeler que tous les physiologistes d'aujourd'hui sont d'accord sur ce point que : *le fer ne pénètre dans l'économie que combiné à une substance protéique nutrimentive et surtout à l'albumine* « le plus assimilable de tous les principes organisés ». (Claude Bernard.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs qu'il a paru rationnel de chercher dans l'économie elle-même le véhicule qui doit y transporter les divers éléments destinés à en devenir parties constitutives. Sachant, en effet, que l'albumine répandue à profusion et sous tant de formes dans les tissus vivants jouit de propriétés dissolvantes énergiques sur les sels, il devait venir naturellement à l'esprit de se servir de ces propriétés pour faire arriver dans l'économie, sous une forme qui lui plût, les sels jusque-là mal supportés ou rejetés par elle. Cette ingénieuse théorie, déjà soupçonnée par Lassaigne, par l'éminent physiologiste Claude Bernard, par Trousseau, Pidoux, etc., semble aujourd'hui pleinement confirmée depuis les travaux de M. Laprade sur ce sujet ; nous en rappellerons seulement les conclusions :

« L'albumine concourt à l'absorption du fer en s'y combinant.

« A défaut d'autre albumine, le fer la prend dans l'organisme partout où il la trouve, et cela forcément aux dépens des tissus et des liquides animaux qu'il rencontre avant son absorption.

« Si donc nous donnons au malade le fer tout préparé à l'état d'albuminate, nous évitons les inconvénients du médicament et nous augmentons d'autant toutes ses chances de succès. »

Dans ces conditions, nous croyons le fer combiné à l'albumine appelé à occuper en thérapeutique une place tous les jours plus large. Depuis ces dernières années, du reste, nous avons recours exclusivement à l'*albuminate de fer* associé à l'écorce d'orange et nous pouvons dire que nous obtenons de la *liqueur de Laprade* les meilleurs résultats dans la chlorose et l'anémie sous toutes leurs formes.

Nous nous promettons d'ailleurs de revenir sur ce sujet et de chercher à expliquer d'une manière moins succincte l'action thérapeutique de l'albuminate de fer.

(PROGRÈS MÉDICAL.) A. BLONDEL,
ancien interne des hôpitaux.

NOTES & INFORMATIONS

L'ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Nous recevons d'un honorable confrère de Marseille, la lettre suivante, à laquelle nous ne saurions refuser l'hospitalité :

« L'Ecole de médecine de Marseille est dans une période de tribulations. Le Conseil municipal de cette ville vient de voter son budget pour jusqu'en novembre seulement, et si, d'ici là, l'Etat ne s'est pas décidé à créer une Faculté à Marseille, faute de budget, dans huit mois, l'Ecole pourrait bien avoir existé.

« Mais, à côté de cette question d'existence, il est pour l'Ecole une question de dignité à laquelle on a, d'autre part, porté nne grave atteinte. Un fait vient de se passer, d'une moindre importance locale que la snppression de l'Ecole ou sa transformation en Faculté, mais d'une plns grande portée générale, parce qu'il concerne l'Université ; ce fait a paru gros comme un scandale.

« Deux chaires étaient vacantes dans la section de médecine de par la mort des professeurs Seux et Fabre, unanimement regrettés. Qnel n'a pas été l'étonnement, pour ne pas dire plus, de tout le corps médical marseillais et de l'Ecole elle-même, en apprenant qu'il venait d'être pourvu à ces deux chaires dans les conditions les plus irrégulières qui parussent !

« La chaire de thérapeutique, dont M. Seux était le titulaire, sera occupée par un docteur absolument étranger à l'Ecole, n'ayant d'autre titre qu'un concours malheureux il y a quelques quinze ou dix-huit ans. Une nomination directe, sans concours, à une chaire *créée*, lorsqu'elle y porte un homme de talent, est, il est vrai, un fait admis dans l'Université, et généralement accepté ; en tout cas, elle ne lèse les intérêts de personne. Mais, ces cas exceptionnels à part, il paraît surprenant que des professeurs suppléants, méritants de par le concours, voient leurs titres aux chaires *vacantes* considérés comme nuls et non avenus ; et, à tous points de vue, on trouvera sans doute regrettable qu'à des droits légitimement acquis soient préférés des titres d'une valeur encore à établir.

« La seconde nomination, à la chaire d'hygiène n'a pas un moindre cachet de bizarrerie. Qu'on en juge : dorénavant, c'est un chimiste qui professera l'hygiène, en attendant probablement qu'il ait l'enseignement de la clinique, les permutations entre chaires de même section étant un fait admis. Mais c'est probablement la première fois qu'on voit un suppléant des chaires de sciences physiques et naturelles, enseignant jusque-là la chimie biologique, passer aux chaires de médecine. Tel est le cas.

« Ces nominations nous semblent fâcheuses à plus d'un titre.

« Elles ne tendent à rien moins qu'à la désorganisation universitaire de l'École de Marseille; ce dont, d'autre part, le Conseil municipal pourra se faire un nouvel argument pour la suppression définitive du budget.

« Elles lèsent des droits acquis.

« Elles découragent les jeunes docteurs qui, jusqu'ici, regardaient le concours comme le seul moyen d'arriver à l'École. Un concours pour une place de professeur suppléant à l'École de Marseille va s'ouvrir dans le courant de février devant la Faculté de Montpellier. Nous apprenons que nombre de candidats, qui s'apprêtaient à aller prendre part à la lutte, y ont renoncé, ces nominations connues. La voie de l'intrigue n'est-elle pas préférable, en effet, à celle du concours? Et, d'autre part, quelle direction donner à ses études, si, dorénavant, tout aspirant aux chaires de médecine doit passer par les concours de sciences physiques et naturelles.

« MM. X... et Z..., il est vrai, n'ont reçu que la nomination de chargé de cours; mais le titre de professeur ne suivra-t-il pas un jour? Est-il probable, au contraire, de les voir bientôt déchargés de cours, comme de juste serait? »

En insérant cette lettre, il va sans dire que, pas plus que notre honorable correspondant, nous n'avons eu l'intention d'attaquer en quoi que ce soit les personnes de MM. X... et Z...; il s'agit simplement de juger un acte administratif dont les conséquences peuvent être funestes à l'essor de l'École de médecine de Marseille et, par le précédent qu'il crée, au développement de l'enseignement médical en province. C'est donc avant tout une question d'intérêt public que notre correspondant a voulu soumettre à l'appréciation de nos lecteurs. Nous nous bornons pour aujourd'hui à nous faire l'écho de ses doléances, nous proposant de consacrer prochainement une revue à l'examen de la situation faite actuellement aux écoles préparatoires et aux écoles de plein exercice.

— Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — *Bilan au 31 décembre 1884* :

Recettes		
Cotisations	F.	20.541 »
Dons		1.200 »
Intérêts des valeurs		207 60
Divers		1 25
Total	F.	21.949 85
Dépenses		
Achats de valeurs	F.	19.306 55
Frais généraux		532 19
Solde en caisse		2.111 11
Total	F.	21.949 85

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première session, 1885. — Paris. — Semaine de Pâques.

Questions à l'ordre du jour (1).

I. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

Le siège de la direction de la Gazette médicale *et du* Journal des Sociétés scientifiques *est transféré 85, avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées). Le bureau d'abonnement reste toujours à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.*

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique (création) sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 20 avril 1885, à dix heures du matin.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement annuel est de 1,000 francs. Le chef de clinique nommé entrera en fonctions à dater du 1er mai 1885.

— Un concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 20 avril 1885, à dix heures du matin.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement annuel est de 1,000 francs. Le chef de clinique nommé le premier entrera en fonctions à dater du 1er mai 1885; le second, à dater du 1er novembre 1885.

⁂

Par décret, en date du 21 janvier 1885, M. Doué, médecin principal de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 janvier 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-dessous désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1883 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Mauricet (de Vannes) et Constan, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Blanquinque (de Laon);

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

Bousseau (de Maine-et-Loire); Fichot (de Nevers); Guidoni (de Calvi); Rousseau (de Vouziers) et Spitallier (de Grasse).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bompaire (de Milan); Bourgeois, médecin-major au 7e cuirassiers; Burlureaux, médecin-mujor au régiment des sapeurs-pompiers de Paris; Calmels (de Carmaux): Coronat de Gap); Empereur (de Montiers); Fauré (de Foix); Fleys (d'Aurillac); Grange (de Saint-Jean-de-Maurienne); Larue (de Laval), Lemoine (de Château-Chinon); Petel (de Louviers); Petit (de Saint-Jean-de-Maurienne); Piot (d'Aiguebelle) et Rességuier (de Carcassonne).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Mignot (de Chantelle); Pilat (de Lille); Paris (de Versailles), Péroud (d Lyon); Daga, médecin insoecteur du service de santé de l'armée, et Manouvriez (de Valenciennes).

Rappel de médailles d'argent. — MM. les docteurs Babran (de Rochoft); Prestat (de Pontoise); Pennetier (de Rouen); Hemo (de Château-Contier); Jablowski (de Poitiers); Pujols (d'Auch), Fournier (de Soissons); Amat, médecin-major; Aufrun (d'Oléron) et Decod (d'Hazbebrouck).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 JANVIER 1885.

Fièvre typhoïde 19 — Variole 4 — Rougeole 38.— Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 36 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 166. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 66. — Malformation et débilité des âges extrêmes 72. — Bronchite aiguë 56 — Pneumonie 131. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 30. — au sein et mixte 19 — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 130. — de l'appareil circulatoire 90. — de l'appareil respiratoire 130. — de l'appareil digestif 61. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme: Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 11. — Total de la semaine: 1,200 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce Duckworth, agrégé du collège Royal de médecine de Londres. Ouvrage traduit de l'anglais et annoté, par le docteur A. Sordes, précédé d'une préface de M. le professeur B. Ball. In-8 de 75 pages. — Prix: 2 fr. 50. — Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Medecine.

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par le docteur Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. Un volume in-4o avec cinquante planches de grandeur naturelle — Prix: 5 fr. — Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 6 7 FÉVRIER 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE TUMEURS MALIGNES.

Hôpital de la Pitié; service de M. le professeur VERNEUIL. Observations recueillies par le docteur F. VERCHÈRE, chef de clinique.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

L'observation suivante en est un exemple et montre chez le même malade deux variétés bien nettes de cet épithélioma :

F... (Henri), 63 ans, typographe, entré à l'hôpital de la Pitié, n° 39 de la salle Michon, le 20 novembre 1884.

Maigre, sec, il présente des antécédents personnels d'arthritisme. Rien du côté de ses parents. Père mort d'apoplexie à 67 ans; mère morte à 70 ans. Elle était, paraît-il, sujette aux migraines. Lui-même en est fréquemment atteint.

Il eut en 1844, 1848 et 1851, des fièvres d'Afrique qui, depuis cette époque, n'ont plus reparu.

Attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a trois ans, ayant atteint les articulations des doigts de la main droite, qui actuellement ne peuvent se fermer complétement.

Il y a six mois, il fut pris de symptômes cardiaques et entra dans le service de M. Lanccreaux où il fut traité et guéri d'une endo-péricardite, dont on trouve encore des traces.

Il entre pour une tumeur de la lèvre, ne s'occupant pas, l'ayant depuis très longtemps, de celle qu'il porte au niveau de la tempe du côté gauche.

Cette dernière débuta il y a vingt-cinq ans, à la suite d'une coupure de rasoir; elle a actuellement les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ses bords sont réguliers, et présentent une légère épidermisation. Pas de phénomène inflammatoire, pas de ganglion engorgé; aucune douleur. On a affaire à l'épithélioma sudoripare, à l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier avec tous ses caractères.

La tumeur de la lèvre est plus considérable. Elle est constituée par une plaque dure, formant de gros mamelons sous la peau et la muqueuse, présentant une sorte de lobulation perceptible au toucher; la peau est intacte, non ulcérée. Le bord libre de la lèvre est normal. Rien à la commissure; la tumeur ne fait saillie qu'en dedans et en dehors. A la face profonde, légère ulcération irrégulière, rouge, de peu d'étendue.

Cette irrégularité, la présence de ces petites saillies arrondies, la localisation en dehors du hord libre de la lèvre, font penser à un polyadénome des glandes labiales.

L'épithélioma commun débute généralement par le hord libre, l'ulcération est plus étendue et n'a point l'aspect que nous avons décrit; enfin les ganglions sont engorgés, tandis, chez notre malade il était impossible de trouver trace d'induration ganglionnaire.

La tumeur avait débuté il y a quatre mois et s'était accrue lentement, sans déterminer la moindre doulenr.

L'épithélioma de la tempe avait eu, suivant le malade, pour point de départ une incision au rasoir, peut-être à celni de la lèvre pourrait-on aussi attribuer une cause mécanique; il existe

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. CHARLES-EMMANUEL SÉDILLOT,

Membre correspondant de la Société de chirurgie, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École de santé militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, commandeur de la Légion d'honneur, par M. PAUL HORTELOUP, secrétaire général de la Société de chirurgie.

Suite. — Voir le numéro 5.

La campagne d'Algérie, à laquelle M. Sédillot prit part, fut la seconde expédition de Constantine en 1837.

L'année précédente, arrivés devant Constantine après neuf jours de marche, pendant lesquels il fallut lutter contre la pluie, la neige, la boue, l'absence de vivres, nous avions été obligés, après une tentative d'assaut, de battre en retraite. Le désir de venger un tel désastre remplissait d'ardeur l'armée, mais dès la première journée les difficultés survinrent, et l'on put redouter le retour des épouvantables scènes de la première expédition. La pluie tombait par torrents, il y eut des nuits de tempêtes et les soldats couchaient dans l'eau.

Les fièvres, la dysenterie, le choléra, ne tardèrent pas à éclater; aussi M. Sédillot, chirurgien de l'ambulance de l'avant-garde, a eut-il plus à faire de médecine que de chirurgie. Dans le très intéressant récit qu'il a laissé de cette pénible campagne, il cependant appelé l'attention sur la marche des balles qui, pénétrant par l'aisselle, allaient fracturer les vertèbres et développer une myélite rapidement mortelle, que la marche inconnu du projectile n'aurait pas fait redouter, et il a fait connaître quelques points curieux sur les appareils inamovibles employés par les Arabes.

Chargé de reconduire à Bône un convoi de cinq cents malades, M. Sédillot, souffrant lui-même, ne dut qu'à sa forte constitution les succès de cette périlleuse mission.

en arrière de la tumeur deux incisives irrégulières, qui forment une sorte de promontoire, ayant pu, dans les mouvements répétés des lèvres, donner lieu à une irritation chronique de celles-ci. C'est à ce niveau exactement que s'est faite l'ulcération.

La marche relativement lente de la tumeur, l'absence de ganglions, la nature du néoplasme, tout fait espérer qu'une opération radicale pourra guérir complètement ou tout au moins ne sera suivie que tardivement d'une récidive que l'on pourrait poursuivre par une nouvelle opération.

Le 29 novembre, ablation de la tumeur temporale, qui, au microscope, est reconnue pour de l'épithélioma sudoripare, puis dans la même séance ablation de la lèvre. Points de suture qui amènent la réunion par première intention, sauf à la partie inférieure, où les fils des ligatures d'artères faisaient l'office de drain.

Le malade sort le 16 décembre 1884 sans avoir présenté d'accident.

La note suivante, remise par M. Nepveu, chef du laboratoire, a confirmé le diagnostic :

« La tumeur de la lèvre inférieure, placée dans l'alcool absolu, fut examinée le lendemain. On vit alors sur les coupes colorées au picrocarminate qu'on avait affaire, comme l'œil nu le faisait prévoir, à une lésion primitive des glandules labiales.

« Ces glandules étaient notablement agrandies, leurs culs-de-sac étaient bourrés d'épithéliums. Ces épithéliums, fortement augmentés de volume, n'avaient plus l'aspect délicat et régulier des cellules glandulaires normales. Elles tendaient à prendre la forme polygonale, à perdre leur protoplasma et se rapprocher des épithéliums de revêtement. En quelques points, ces caractères étaient très nets et la constitution de globes épithéliaux entièrement analogues aux globes épidermiques donne bien une idée des transformations qui s'étaient opérées dans leur texture. Le long des conduits glandulaires, tout autour des culs-de-sac, dont la forme était encore assez bien conservée, on distinguait une foule de jeunes cellules dont le volume, la forme épithélioïde, faisaient rapidement deviner la nature. Cet envahissement épithélial se faisait régulièrement dans quelques points, et l'aspect de longs boyaux, gonflés de cellules, permettait de croire que les radicules lymphatiques se trouvaient envahies. Dans divers points, on retrouvait des sphères épithéliales, mais constituées par des cellules absolument semblables, sauf le volume, aux cellules épidermiques. On avait donc affaire à un épithélium des glandules labiales.

« Les mêmes lésions, coïncidence très rare que M. Ricard étudie spécialement dans sa thèse 1885, se retrouvent absolument dans la petite tumeur extirpée à la tempe ; les lésions sont bien plus délicates, moins étendues, moins profondes, mais sont exactement la miniature des précédentes. Toutes les lésions ici représentent d'une façon typique ce que M. Verneuil a depuis si longtemps décrit sous le titre d' « adénome sudoripare ».

ÉPITHÉLIOMA GLANDULAIRE COLLOÏDE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM. — ABLATION. — GUÉRISON.

P... (Joséphine), 40 ans, concierge, entre à la Pitié, salle Lisfranc, no 30, le 3 novembre 1884.

Aucun antécédent héréditaire. Père mort d'une fluxion de poitrine. Mère bien portante. Un frère est mort subitement.

P... a eu quelques boutons à la figure au moment où elle fut réglée ; ni scrofule, ni migraines, ni rhumatisme. De quatre enfants, un est mort-né, un autre mort du croup ; restent deux filles robustes et bien portantes.

Bon appétit, digestions difficiles, parfois accompagnées d'envies de vomir ; lourdeurs de tête, pas de maux d'estomac.

Quelques craquements dans les genoux.

L'affection actuelle débuta, il y a deux ans, par un petit bouton.

Il y a dix mois, ouverture spontanée, puis peu à peu induration tout autour de l'ouverture qui resta fistuleuse. Il y a deux mois seconde ouverture semblable à la première.

Jamais de douleur, sauf depuis quinze jours. Quelquefois léger écoulement sanguin.

Aujourd'hui, masse du volume d'une pomme d'api, extrêmement dure, occupant la marge de l'anus, faisant à peine saillie à l'extérieur. Au toucher, elle occupe les parois du rectum dans les deux tiers de sa circonférence. A la superficie de la tumeur se voient deux orifices à bords irréguliers et oblitérés par une sorte de bouchon fongueux, mollasse, d'un rouge foncé, lisse à sa surface ; par les deux fistules sort un liquide transparent, filant et d'un jaune brun.

Le stylet ne pénètre pas dans le rectum et provoque un petit écoulement sanguin.

Opération le 11 novembre. La sonde cannelée est introduite dans une des fistules et à travers la muqueuse pénètre dans le rectum. Incision au thermo-cautère. On constate alors que la tumeur est formée de loges desquelles on fait sortir une matière analogue à de la gelée de pomme, et répondant absolument à la description que donne Cruveilhier de la dégénérescence gélatiniforme de l'extrémité inférieure du rectum (1). Voyant alors que toute cette région est envahie par la dégénérescence, M. Verneuil enlève circulairement au thermo-cautère toute la partie inférieure de l'intestin. Le néoplasme ne dépassait pas 4 à 5 centimètres et l'ablation put être faite complètement.

(1) Cruveilhier. *Anat. path.*, t. V, p. 64.

Le rapport qu'il remit au ministère de la guerre ne fut pas très bien accueilli ; on ne voulait tenir aucun compte des faits médicaux, attendu « que n'étant pas médecin, il n'avait pas pu, disait-on, leur avoir donné aucune valeur ». M. Sédillot ne pouvait accepter semblable affirmation. « C'est là, écrit-il, une prétention médicale que le chirurgien doit repousser ; nous sommes au moins aussi aptes que MM. les médecins à juger des influences épidémiques et de l'effet des remèdes, attendu que les influences épidémiques ont toujours eu aux yeux des chirurgiens le plus grand intérêt. Avant d'entreprendre une opération, nous interrogeons les maladies régnantes, les épidémies, les saisons, les conditions individuelles ou prédispositions. »

Ces préceptes, qui ont dirigé toute la pratique chirurgicale de M. Sédillot, sont ceux de la doctrine hippocratique dont notre éminent collègue a toujours cherché à s'inspirer. Depuis sa thèse sur l'empyème jusqu'à sa dernière communication, en 1879, à l'Académie des sciences, sur l'évolution en chirurgie, il soutiendra que cette doctrine toute d'observations et d'expériences, mais d'expériences basées sur la réalité et non sur l'hypothèse, est la seule qui puisse conduire dans la voie du progrès. Chaque écart de cette doctrine est une faute, un retard, un péril.

Rappelant l'idée fondamentale de la conception hippocratique « La tendance de la vie est la santé ; les maladies sont le résultat des agents extérieurs qui la troublent et l'altèrent. La première indication à remplir est d'éloigner ces agents, de s'en préserver, de les détruire et d'en combattre les nocivités, » M. Sédillot montre, dans ce travail, que la chirurgie antiseptique est appelée à résoudre ce problème. Dès l'origine des immortels travaux de M. Pasteur, il en a compris toute la portée, car « ils vont, dit-il, ouvrir à la médecine des siècles d'études, de connaissances et de ressources. » Pour ces nouvelles espèces d'êtres innombrables dont il regarde « la découverte comme donnant l'espoir de triompher, par des procédés aussi simples qu'efficaces, des maladies, pestes ou épidémies », il propose le nom de microbes, expression si caractéristique qu'acceptée d'emblée, elle désignera, dans l'histoire, les doctrines actuelles.

On s'explique l'accueil que M. Sédillot dut faire à ces recherches, dont la première conséquence a été de faire disparaître de nos

La pièce examinée par M. Nepveu a donné tous les résultats attendus :

La muqueuse était entièrement détruite ; toutes les couches environnantes étaient fortement augmentées de volume. Une infiltration blanchâtre, transparente comme de la gomme arabique, incolore, formait le tissu néoplasique. Ce tissu avait pénétré la couche musculaire, pénétré le sphincter, et ulcéré la peau. Quatre ou cinq fistules laissaient à la pression écouler cette matière transparente, semblable à de la gomme arabique, dont nous venons de parler.

Ces masses transparentes sont composées d'épithélium en dégénérescence colloïde ; les cellules épithéliales sont très volumineuses et rangées tantôt en cylindres tubuleux, tantôt en masses irrégulières.

Leur origine devient claire si sur la périphérie de l'ulcération rectale on examine le léger bourrelet néoplasique qui la circonscrit. Là on distingue très nettement des tubes glandulaires hypertrophiés où commence l'affection. Le volume et la longueur de ces glandes diffèrent de celles des parties saines par leur énorme développement ; de même les épithéliums cylindriques de ces glandes se distinguent par leur hypertrophie et leur envahissement par la matière colloïde.

Enfin, au-dessous de cette couche glandulaire, on voit déjà quelques masses tubuleuses ou sphériques qui démontrent l'envahissement des couches profondes de l'intestin.

J'ai eu occasion d'examiner à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Verneuil, un magnifique exemple d'épithélioma colloïde de ce genre qu'on peut aussi nommer : *adénome mucipare du rectum*. Lucke (von Klebs, *Anat. pathologique*, p. 351) rapporte un cas absolument semblable, qui était encore parfaitement guéri au bout de deux ans.

Les suites ultérieures de l'opération furent des plus simples ; pansements antiseptiques chaque jour, pendant une heure pulvérisations phéniquées ; la plaie se détergea rapidement, et la guérison marcha avec vitesse.

La marche lente suivie par l'épithélioma, l'absence de retentissement sur l'état général, le point de départ dans les glandes rectales l'opération radicale qui a été faite, tout peut faire espérer une guérison durable ; peut-être sont-ce des cas analogues qui ont donné lieu à ces cas de guérison définitive à la suite d'ablation du rectum.

Nous terminerons en rapportant en quelques lignes l'histoire d'un épithélioma du voile du palais chez un syphilitique.

Nous avons eu là sous les yeux un de ces malades atteints de cette affection mixte où la syphilis et le cancer jouent leur rôle, et qui participe des deux diathèses, une de ces hybridités si bien décrites dans la thèse de notre ancien collègue Ozenne.

Le malade âgé de 39 ans était couché au numéro 32 de la salle Michon. Il présentait un épithélioma siégeant au niveau de la partie latérale droite du voile du palais et empiétant sur la partie supérieure du pilier antérieur.

L'affection avait débuté quatre mois auparavant. A ce moment, l'ulcération avait des caractères mal déterminés, qui engagèrent le médecin à ordonner le traitement mixte. Le malade avouait franchement avoir eu la syphilis ; point d'adénopathie cervicale.

Dès les premiers jours, une amélioration considérable survint, l'ulcération diminua, la surface prit un meilleur aspect, et à ce moment il semblait évident, d'après l'efficacité du traitement, que l'on avait affaire à la gomme si fréquente du voile du palais.

Malheureusement cette amélioration fut de courte durée. Au bout de dix jours, les progrès de la cicatrisation s'arrêtèrent ; l'ulcération devint douloureuse, les végétations apparurent, et au bout de peu de temps la tendance à la guérison était remplacée par une aggravation manifeste. Le diagnostic épithélioma s'imposait. L'élément syphilitique avait été influencé d'abord par le traitement, mais l'élément cancéreux réapparaissait et contraignait à une intervention prompte et radicale.

Le malade fut endormi le 21 novembre et l'ablation fut faite au thermocautère. La cicatrisation marcha rapidement

Le malade sortit le 28 novembre. La plaie était incomplètement cicatrisée, mais elle présentait les meilleures apparences.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

RHUMATISME MONO-ARTICULAIRE AIGU DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE ; par M. Paul BERTHOD, interne des hôpitaux.

Elyse Royer, 22 ans, couturière, est entrée le 20 février 1884 salle Gerdy, n° 18, service de M. Polaillon.

C'est une forte fille qui n'a jamais fait de maladie ; elle souffre seulement, depuis deux ans, de douleurs localisées à l'articulation scapulo-humérale gauche. Cette articulation présente même quelques craquements.

Il y a deux mois, un médecin de la ville l'a soignée pour une pleurésie sèche avec névralgie intercostale du côté gauche, et de fait à l'auscultation on perçoit encore à la base quelques frottements pleuraux.

---

services hospitaliers cet horrible fléau, l'infection purulente, dont il avait, dans son *Traité de la pyoémie*, publié en 1849, indiqué la prophylaxie et déclaré la curabilité.

Que la théorie professée par M. Sédillot sur la pathogénie de cette complication des plaies ne soit plus acceptable aujourd'hui, peu importe ; mais il faut se rappeler que, véritable précurseur de l'antisepsie, il avait toujours soutenu qu'avec des pansements d'une grande propreté (il avait interdit dans son service l'usage des éponges, comme réceptacles d'impureté), avec des procédés opératoires permettant d'éviter l'étranglement et la rétention des liquides, on pouvait se préserver de la pyoémie, et, allant plus loin, il en avait affirmé la curabilité en détruisant le foyer d'infection, soit par une profonde cautérisation, soit par une amputation pratiquée plus haut.

Aussi n'a-t-il pas craint d'écrire en tête de son traité de médecine opératoire : « Le succès des opérations dépend de l'habileté du chirurgien. Les revers accusent notre ignorance ou nos fautes. »

Que l'on ne voie pas dans cette phrase un sentiment d'orgueil du chirurgien heureux ; non, messieurs, il ne faut y voir que la confiance absolue, la foi ardente que M. Sédillot avait dans son art : « La croyance, dit-il, à l'efficacité souveraine de l'art et le sentiment de sa propre responsabilité ne manquent jamais au vrai chirurgien, dont la première règle est la foi dans la réussite des opérations qu'il conseille ou entreprend. Engagé par ses jugements, il se prononce avec réflexion, maturité et prudence. »

Pour M. Sédillot, les soins qui réclament l'attention du chirurgien avant, pendant et après les opérations, représentent un ensemble immense où le moindre oubli peut entraîner de graves et funestes complications.

C'est en se basant sur cette opinion que, dans sa médecine opératoire, M. Sédillot ne s'est pas seulement attaché à la description des différents procédés opératoires, mais qu'il y a introduit nombre de chapitres, que l'on ne trouve pas dans les ouvrages analogues, sur les indications et contre-indications des opérations en général, sur la préparation du malade, sur les locaux, l'aération des salles, sur le choix et la disposition des aides, sur l'anesthésie, sur la pyoémie, sur les pièces de pansement, les bandages, les appareils de fractures et même sur les procédés de réduction de luxations.

Malgré la critique que l'on a faite de ce plan, quatre éditions

Il y a trois semaines, la malade commença à éprouver une légère douleur à la mastication au-devant de l'oreille gauche; elle n'y fit d'abord point attention, puis, la douleur ayant augmenté peu à peu d'intensité, elle se décida à entrer à l'hôpital le 20 février.

20 février. — Impossibilité absolue de desserrer les dents, interdisant la parole et la mastication; à gauche, l'articulation temporo-maxillaire est douloureuse à la partie extérieure en avant du tragus et à la partie interne du côté de la cavité buccale; à son niveau on aperçoit un léger empâtement; à droite, la base n'est point douloureuse. Les muscles avoisinant l'articulation ne sont point douloureux. En même temps, la malade se plaint de douleurs vagues dans les membres du côté gauche.

Rien au cœur.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Les organes génitaux et le canal uréthral examinés avec soin ne permettent pas de trouver trace de blennorrhagie vaginale ou uréthrale; le diagnostic: arthrite rhumatismale simple, est posé par exclusion.

On prescrit à la malade un badigeonnage iodé avec potion de salicylate de soude 3 grammes.

Trois jours après, sous l'influence de ce traitement, la malade commençait à mastiquer et le 26 courant elle sortait complètement guérie.

Cette observation nous a paru intéressante à signaler en raison de la rareté même de la localisation rhumatismale aiguë sur l'articulation temporo-maxillaire. M. Besnier, dans son excellent article sur le rhumatisme, donne le tableau suivant par ordre de fréquence des articulations atteintes: genou, poignet, tibio-tarsienne, scapulo-humérale, coude, hanche, métacarpo-phalangienne du pouce, métacarpo-phalangienne de l'index et du médius, etc., et il ne cite même pas l'articulation temporo-maxillaire, qui n'est cependant pas une des plus oisives.

Quelques localisations plus rares encore (l'auteur vient de parler des orteils, des vertèbres, du pubis) doivent être signalées en raison des erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu; je veux parler de l'articulation sterno-claviculaire et de la temporo-maxillaire (Jaccoud, *Path.*, 7ᵉ édit., t. III, p. 261). Niemeyer ne la cite point et Grisolle en fait à peine mention.

REVUE CRITIQUE

DE LA PATHOGÉNIE DE LA GOUTTE.

L'histoire des théories qui se sont disputé et se disputent encore actuellement le domaine de la goutte forme un abrégé des doctrines représentant en quelque sorte l'ancienne médecine et la nouvelle. Non pas que nous voulions faire entendre que, sous ces appellations, se cachent une médecine antique et démodée (celle qui porte le beau titre de médecine de l'observation) et une autre jeune, rencontrant faveur et plein succès auprès de notre génération, cette dernière médecine relevant surtout des recherches de laboratoire: telle n'est pas notre pensée. Nous voulons seulement montrer en quelques traits brefs qu'Hippocrate, Galien et Sydenham (pris comme types de cette médecine traditionnelle) trouvent à l'heure actuelle des continuateurs qui, sous des noms divers, refont ce même travail synthétique que les illustres médecins que nous venons de citer avaient édifié à l'aide de leurs inductions géniales. Alors que beaucoup sonrient dédaigneusement « à la matière morbifique », « aux humeurs peccantes », « aux coctions », « à la faiblesse des solides » et autres expressions vagues de l'antique médecine, combien peu songent qu'un même sourire railleur accueillera avant qu'il soit cent ans « la nutrition retardante », peut-être même cette « uricémie » qui a prétendu à tout expliquer.

En un mot, noms et théories mis à part, avons-nous aujourd'hui en mains un critère chimique ou anatomique pour définir la goutte? Nullement, et il n'est pas besoin d'entreprendre de longues dissertations pour montrer que, sous des noms nouveaux et divers, s'agite toujours la vieille doctrine de l'humorisme et du solidisme.

La première a cru recevoir sa consécration éclatante lors de la découverte de Wollaston, vulgarisée et faite sienne par Garrod: la présence de l'acide urique dans le sang permettait enfin aux médecins de montrer cette matière peccante sur laquelle dissertaient depuis bien des siècles tant d'esprits éminents.

Dans son traité récent, M. Lecorché s'est fait l'apôtre convaincu de cette théorie. Cependant, à l'examiner d'un peu près, combien cette doctrine, si scientifique d'aspect, l'est peu en réalité! Pourquoi, en effet, les individus affectés d'hépatite

---

entièrement épuisées prouvent la valeur du livre. Pour la quatrième, M. Sédillot avait cru utile, à partir du deuxième volume, de s'adjoindre un collaborateur, et l'ouvrage parut sous les noms de MM. Sédillot et Legouest. « Au moment de me retirer de l'enseignement et de l'activité professionnelle, dit-il en offrant son livre à son ancien collègue, j'ai désiré placer ma médecine opératoire entre les mains d'un jeune successeur actif, capable d'apprécier avec autorité les progrès de la chirurgie; j'espère assister, dans quelques années, à une cinquième édition aux noms de MM. Legouest et Sédillot. Je ne serai plus qu'en deuxième ligne, mais ce sera un souvenir de mes travaux antérieurs. » Il était difficile de remettre entre des mains plus dignes le soin de sa mémoire; mais si la cinquième édition n'a pas paru, je crois savoir que, malgré son apparente philosophie, M. Sédillot n'a jamais eu le courage d'accepter cette abdication.

Plus que tout autre, M. Sédillot appréciait l'habileté manuelle; mais il n'a pas seulement voulu la vanter et la recommander, car « ne serait-ce pas, dit-il, se borner à élever un autel un peu stérile à la perfection »? Chaque opération est étudiée d'après ses chances de guérison et d'après la préservation des fonctions, et lorsqu'il préconise un procédé, il veut faire passer sa conviction dans l'esprit du lecteur.

A chaque page, on trouve la preuve de son esprit inventif; sans vouloir parler des nombreux procédés dont il a doté la médecine opératoire des membres, il suffira de rappeler ses ingénieux procédés de blépharoplastie, de cheiloplastie, de staphylorraphie, et la part considérable qu'il a prise dans la vulgarisation de l'urétrotomie interne. N'a-t-il pas été le plus ardent promoteur de l'urétrotomie externe, « opération, sans contredit, des plus difficiles, lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement infranchi, mais qui doit être comptée parmi les plus belles conquêtes de la chirurgie? »

De toutes ces conceptions opératoires, la plus hardie et la plus originale, a dit un juge autorisé, est certainement celle qui consiste à tourner les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, en pratiquant directement une bouche à l'estomac.

Ce fut en 1847, se fondant sur les expériences faites sur les animaux et sur les observations de fistules stomacales, que M. Sédillot conseilla la gastrostomie, mais il ne put mettre à exécution ses idées que deux ans plus tard. Malgré tous les soins dont il entoura son opéré et celui sur lequel il tenta pour la seconde fois cette belle

chronique (uriques par excellence), pourquoi tous les saturnins, pourquoi, en un mot, tous les malades affectés d'uricémie n'ont-ils pas d'accidents goutteux ? Pourquoi enfin, dans le cours de la goutte la plus manifeste, est-il certains malades dont les articulations restent indemnes alors que leurs viscères ressentent si fortement le contre-coup de leur affection générale ? A toutes ces objections, aucune réponse satisfaisante, et l'étonnement est grand lorsqu'on voit soutenir à nouveau que cette uricémie est la cause primordiale de toute goutte, qu'à elle seule elle donne l'explication de tous les faits obscurs, qu'enfin elle n'est point en contradiction avec tout ce que nous enseigne l'observation.

Beneke, et plus récemment le professeur Bouchard, ont émis, on le sait, une théorie qui n'est, à proprement parler, que l'hypothèse, rajeunie, mise au courant des études chimico-physiologiques, contenue tout entière dans les écrits d'anciens auteurs. Nous nous contenterons de rapporter les objections soulevées par cette doctrine, et nous en emprunterons l'ensemble au livre récent du docteur Lécorché, qui, après avoir reproduit les arguments de Roberston, ajoute : « Benchard « semble admettre que l'excès d'acide oxalique et d'acide lac« tique dans le sang est la véritable caractéristique de la « goutte, et que leur présence précède celle de l'acide urique; « il suffit de faire remarquer que cette dyscrasie acide, qu'il « invoque comme cause de la goutte, a déjà été invoquée par « lui comme cause du rachitisme et de l'ostéomalacie, pour » montrer qu'une même hypothèse ne saurait expliquer des « affections aussi distinctes. »

Ainsi donc, on le voit, les objections que nous adressions à ceux qu'on pourrait nommer les « uricémistes » sont également mises en avant par ces derniers contre les « bradyrophistes ». La conclusion ne s'impose-t-elle pas en vérité et n'est-il pas de toute évidence que, quelles que soient la théorie soutenue et l'autorité de ses défenseurs, aucune n'est faite pour nous satisfaire l'esprit ?

Par un ironique retour des choses de ce monde, on en vient à admirer la prudence des anciens observateurs, à se complaire dans le vague de leurs hypothèses et à emprunter à Stoll, à Sydenham son « humeur peccante » (que celle-ci soit l'acide urique ou oxalique), à Stahl et à Cullen l'influence du système nerveux, à Sendamore sa « pléthore », en un mot, à prendre à chacun un lambeau d'explication.

Et cependant cette récolte faite, et c'est par là qu'il nous plaît de terminer ces lignes, on ne peut se flatter d'être en possession de la vérité ! Le docteur Rendu, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique*, l'a fort bien dit : « Nous comprenons la goutte comme le résultat d'un trouble de nutrition originel en vertu duquel les combustions interstitielles s'accomplissent mal. Ce défaut d'assimilation, qui a pour conséquence la transformation incomplète des matières azotées de l'économie est le fait fondamental de la goutte ; l'uricémie qui en est la conséquence n'est qu'un des éléments, le plus important il est vrai, mais il ne la constitue pas essentiellement et il n'est pas indispensable. »

Ces conclusions si sages et qui nous paraissent si vraies négligent un facteur bien important : c'est le *primum movens*, la cause en un mot de ce vice de nutrition qui, sans périphrase, n'est autre chose que la goutte tout entière ! Nous dire donc que la goutte est une maladie générale, même en tentant de nous le dire sous une forme aussi scientifique, ce n'est pas lever le lourd point d'interrogation qui pèse sur cette grande question des diathèses, et il est juste de penser que ces Romains de la décadence, si podagres et si observateurs, savaient tout notre savoir, sinon mieux, tout au moins aussi bien que nous après tant d'années de patientes recherches.

JUHEL-RÉNOY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. SUR LE CHOLÉRA A NAPLES ET SUR LES MICRO-ORGANISMES TROUVÉS DANS DES CADAVRES DE CHOLÉRIQUES ET CHEZ DES MALADES ATTEINTS DU CHOLÉRA, par le docteur EMMERICH *(Communication faite à la Société de médecine de Munich)* (1). — II. LES RECHERCHES D'EMMERICH SUR LES MICRO-ORGANISMES DU CHOLÉRA. Etude critique, par le professeur C. FLÜGGE, de Gœttingen (2). — III. SUR UNE NOUVELLE VARIÉTÉ DE BACTÉRIES SEMBLABLES AUX SPIRILLES DU CHOLÉRA, par le docteur TH. DENEKE (3).

I. M. EMMERICH, chargé à titre officiel, par le gouvernement

(1) DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, nº 50.
(2) Ibidem, nº 2, 1885.
(3) Ibidem, nº 3.

opération, il ne put les sauver. On a souvent dit que certains succès opératoires sont des malheurs, car ils entraînent dans une mauvaise voie, mais jamais un insuccès n'a empêché une idée sage et juste de triompher ; M. Sédillot a eu le bonheur de pouvoir le constater.

Tous ces travaux avaient ouvert à M. Sédillot les portes de toutes les sociétés savantes de France et de l'étranger. Depuis 1846, l'Académie de médecine le comptait parmi ses correspondants, titre qu'il devait échanger plus tard pour celui de membre associé, et l'Académie des sciences l'avait nommé correspondant.

Quoique ses occupations ne lui eussent jamais permis d'assister aux séances de la Société de chirurgie, M. Sédillot prit souvent part à ses travaux, soit par lettres, soit par d'importants mémoires. Quelques-uns d'entre vous, messieurs, n'ont peut être pas oublié la brillante discussion que souleva la question des résections sous-périostées, dont M. Sédillot ne voulut jamais admettre le principe fondamental. « En transplantant ou en décollant le périoste, on obtient de l'os, disait-il, mais jamais on n'obtiendra un os. Le périoste, complètement séparé des os subjacents, laissé en place ou transporté dans une autre région sous forme de gaine et de lambeau, ne rendra aucun service à la chirurgie comme moyen et organe des régénérations des os. » A cette méthode, il oppose l'évidement, opération qui consiste à excaver les os pour les séparer des parties malades et n'en laisser que les couches corticales saines.

La discussion fut excessivement vive. M. Sédillot soutint, avec d'autant plus d'énergie, l'évidement qu'il faut bien reconnaître que les résections sous-périostées avaient séduit la jeune école chirurgicale qui se fit le champion des idées de leur émule de Lyon.

Triompher devant la Société de chirurgie pouvait avoir une importance considérable, car l'Académie des sciences avait mis au concours, pour le grand prix de chirurgie à décerner en 1866, la question : « De la conservation des membres par la conservation du périoste. »

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attachait à la question, avait décidé que le prix serait de dix mille francs, et l'empereur, informé de cette décision, avait fait écrire qu'il doublait le prix.

M. Sédillot, le maître incontesté de Strasbourg, et le jeune chi-

bavarois, d'étudier le choléra à Naples dans le cours de la dernière épidémie, a communiqué à la Société de médecine de Munich les résultats de ses observations et de ses recherches; ses résultats sont, sur beaucoup de points, en contradiction formelle avec les vues qui tendent à prévaloir.

Dans une première partie de sa communication, M. Emmerich a parlé de la situation, bien connue, de Naples au point de vue de l'hygiène et des circonstances qui ont favorisé l'éclosion et les ravages du choléra dans cette ville. Il a cité des faits qui semblent fournir la preuve de la non-contagiosité du choléra et d'autres qui parlent contre l'opinion couramment admise du transport du germe cholérique par les eaux potables. Nous ne nous arrêterons pas à cette partie du travail de l'auteur, notre intention étant de donner de plus amples détails sur ce qui a trait à ses recherches microbiologiques.

M. Emmerich ne s'est pas borné à rechercher les bactéries du choléra dans le sang des victimes de cette maladie. Par analogie, dit-il, avec ce qui se passe dans les autres maladies infectieuses, il y avait tout lieu d'admettre que les germes du choléra doivent se rencontrer dans les autres organes et tissus envahis par des lésions, dans le foie, les reins, les poumons, les ganglions mésentériques, etc. Fanté de temps et d'appareils, l'auteur n'a pas pu recourir à la méthode de culture inaugurée et vulgarisée par Koch (1). Cette méthode consiste à incorporer la matière ensemencée dans de la gélatine liquide et à opérer un mélange intime des deux, avant que la masse gélatineuse se fige. De la sorte, on isole dans le milieu de culture, les différents individus parasitaires, de même espèce ou d'espèces différentes, que renferme le produit d'ensemencement, et on obtient des colonies isolées émanant chacune d'un même micro-organisme et représentant, par conséquent des cultures pures dans toute l'acception du mot. M. Emmerich s'est dit que les bactéries spécifiques devaient constituer des cultures pures dans les organes des cadavres (frais) des cholériques. Avec les précautions qui sont de rigueur, il a donc extrait des particules de sang et des sucs organiques, ainsi que des fragments d'organes, qu'il a ensemencés dans de la gélatine stérilisée, dans du sérum sanguin, dans de l'agar-agar et dans d'autres milieux de culture solides. Le tout, conservé dans des verres à réactif bouchés avec de la ouate, a été transporté à Munich pour servir aux recherches ultérieures. M. Emmerich ajoute que quand on procède ainsi qu'il vient d'être dit, il est nécessaire de pratiquer avec un produit de même provenance, c'est-à-dire extrait d'un même organe, plusieurs ensemencements (de 5 à 10 et davantage); on se met ainsi à l'abri des éventualités fortuites, et quand les dix ensemencements font éclore le même parasite, on est en droit d'affirmer que des micro-organismes de la même espèce existaient en nombre très considérable dans l'organe qui a fourni la matière ensemencée. Agir autrement, c'est s'exposer à obtenir des résultats erronés ou négatifs, négatifs surtout, car très souvent les bactéries qui ont pénétré dans un organe n'y affectent pas une répartition homogène; elles forment de petits agrégats disséminés, ou n'infiltrent l'organe que dans une étendue restreinte.

Neuf cadavres (frais) de cholériques et le sang d'une jeune femme en puissance de choléra ont été utilisés pour les recherches de M. Emmerich. Dans les dix cas, la maladie avait suivi une marche aiguë; la mort était survenue entre le deuxième et le quatrième jour après le début des premiers symptômes. Les cultures faites avec les produits d'ensemencement recueillis sur les neuf cadavres ont mis constamment en évidence une seule et même variété de bactéries. Cette constatation a été faite le plus souvent sur des cultures dont le produit d'ensemencement provenait des reins et du foie, plus rarement quand la matière ensemencée avait été extraite des poumons ou de la rate. Les ensemencements faits avec du sang ou des sucs organiques aboutissaient, dès la première génération, à une culture pure de la bactérie que M. Emmerich considère comme l'élément spécifique du choléra. Réensemencés suivant le procédé de Koch, ces produits de première culture ont reproduit le plus souvent des colonies de bactéries spécifiques. Ces mêmes bactéries ont été trouvées sur des coupes provenant de l'intestin et dee reins, ainsi que dans le sang tiré des veines de la femme dont il a été question plus haut et qui était à la période asphyxique du choléra (six heures avant la mort). Enfin, d'après Emmerich on les trouve en très grand nombre dans le contenu intestinal et dans les selles des cholériques.

Ces bactéries ont la forme de cellules cylindriques à bouts arrondis; elles sont une foie aussi longues que larges, tantôt

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, n° 45, p. 535.

rurgien qui devait porter si haut la réputation de l'École de Lyon, soumirent les deux méthodes au jugement du tribunal suprême.

Mais ces deux méthodes ne doivent pas être considérées comme des rivales : l'une et l'autre ont leur indication spéciale, et l'Académie, dans un verdict que l'opinion devait confirmer, décida qu'elle partagerait le prix entre les deux compétiteurs.

(A suivre.)

BUREAU D'HYGIÈNE DE PAU. — La ville de Pau vient de créer un bureau d'hygiène dont la direction a été confiée à M. le docteur de Musgrave-Cley.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Campardon, à Paris, et Salmon, à Chartres.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Broquet, à Gonesse; Debrand, à Paris; Duflocq, lauréat des hôpitaux; Dumontaigne-Grandpré, à Aubervilliers; Marieux, à Paris; Michaud, à Aubervilliers; Obissier, à Paris; Rossi, à Sisteron; Sedan-Miegemolle, médecin-major au 61e de ligne; Signez et Tisné, à Paris.

— M. le docteur Napias a été nommé inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

— M. Kœhler, conseiller au secrétariat de l'intérieur, a été nommé directeur de l'office sanitaire impérial allemand de Berlin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Société centrale.* — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 8 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Ordre du jour : Allocution du vice-président; rapport du secrétaire; compte rendu du trésorier; ratification des admissions faites dans l'année; élection du président de la Société centrale et de dix membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

isolées, tantôt accouplées par deux ou trois. Par leur forme et leurs dimensions, elles affectent une grande ressemblance avec les bactéries de la diphthérie, dont on les différencie facilement par l'aspect des colonies et par leurs propriétés pathogènes. A un grossissement de 100 diamètres, les colonies situées dans l'épaisseur de la gélatine ont la forme de pierres à aiguiser. Celles qui sont situées à la superficie ressemblent à des écailles d'huîtres plates et arrondies. Les premières, vues par transparence, sont d'un jaune brun, blanches sous un éclairage direct, granuleuses. Les secondes sont d'un jaune pâle au centre, blanches à la périphérie, avec tendance à s'étaler en surface.

M. Emmerich se propose de donner, dans une publication ultérieure, de plus amples détails sur la caractéristique de ces bactéries, sur les particularités de leur développement, sur la manière dont elles se comportent à l'égard des hautes et basses températures, de la dessiccation, de l'imprégnation per l'eau, du séjour dans le sol. Il a seulement ajouté que de nombreuses expériences d'inoculation, faites avec des produits de culture, ont donné des résultats positifs. Ces résultats se sont traduits par toutes les variétés d'altérations des muqueuses qu'on rencontre dans les cas de choléra chez l'homme, depuis le simple catarrhe desquamatif jusqu'à l'ulcération et à la perforation de l'intestin, en passant par l'exsudation, la tuméfaction des plaques de Peyer, la suffusion hémorrhagique. Ces différences dans le degré des lésions produites étaient en rapport avec les quantités de produit de culture inoculées aux animaux en expérience. Comme dans les cas de choléra chez l'homme, la rate a toujours été trouvée indemne. Dans le foie et les reins, il n'y avait que des anomalies de la réplétion sanguine des vaisseaux. Les inoculations étaieet pratiquées tantôt sous la peau, tantôt dans les poumons, lesqaels ne présentaient alors que des altérations insignifiantes.

II. — M. Flügge a fait de la communication de M. Emmerich une critique très acerbe. Les raisons sur lesquelles il se fonde pour dénier toute valeur aux recherches du médecin de Munich sont les suivantes :

Dans les cas de choléra à marche typique, les altérations grossières causées par les bactéries spécifiques sont cantonnées dans l'intestin. D'autres organes ne sont frappés que dans les cas où la vie du cholérique se prolonge, et alors celui-ci cesse d'être propre à la recherche des organismes qu'on peut considérer comme les fauteurs du mal. Le point de départ admis par Emmerich repose donc sur une erreur.

En multipliant les ensemencements avec des particules d'organes autres que l'intestin, M. Emmerich a obtenu des résultats positifs. Il conclut que les résultats négatifs obtenus antérieurement sont imputables au trop faible nombre des ensemencements. M. Flügge répond à cela, que la méthode des cultures constitue, pour la recherche des bactéries, un moyen d'exploration bien autrement délicat que l'examen microscopique. Si donc M. Emmerich a pu constater la présence de ses bactéries spécifiques sur des coupes d'organes à l'aide du microscope, *à fortiori* l'ensemencement d'une particule de ces mêmes organes devait-il toujours donner nn résultat positif. Et si ce résultat n'a été tel qu'un certain nombre de fois, c'est qu'alors des bactéries venues du dehors avaient été mêlées fortuitement aux matières ensemencées. Ces risques d'adultération des matières recueillies sur le cadavre n'ont pas été suffisamment pris en considération par M. Emmerich. Il n'est pas étonnant non plus, que des bactéries d'espèces très variées aient été trouvées dans des cadavres ouverts neuf heures après le décès, sous un climat comme celui de Naples (mois d'octobre), bactéries n'ayant pénétré dans les différents organes qu'après la mort. Cette double cause d'erreur imposait en quelque sorte l'obligation de recourir à la méthode de culture la plus apte à isoler les unes des autres les différentes bactéries ensemencées, à la méthode de Koch. M. Emmerich s'en est affranchi. Dans ces conditions, les matériaux ensemencés devaient être forcément adultérés, soit par des bactéries émanant des organes des cadavres utilisés pour ces recherches, soit par des bactéries provenant du dehors.

Enfin, dernier argument, les animaux inoculés avec les produits de culture obtenus par M. Emmerich ont présenté des lésions absolument différentes de celles qu'on constate à l'autopsie des cholériques. Chez ceux-ci on ne rencontre pas, par exemple, les nécroses et les perforations de l'intestin, dont il est question dans la communication de M. Emmerich. M. Flugge conclut, en fin de compte, que le bacille découvert par Koch représente seul la vraie bactérie spécifique du choléra asiatique.

III. — C'est parmi les micro-organismes éclos dans un fromage conservé depuis assez longtemps, que M. Deneke a découvert une bactérie très semblable au bacille-virgule décrit par Koch, et au bacille de même apparence que Finkler et Prior ont trouvé dans les déjections de malades affectés du choléra nostras. Voici les caractères morphologiques de cette nouvelle espèce de bactérie : les bacilles sont plus petits que ceux de Koch ; les filaments en forme de spirilles sont plus nombreux dans le champ du microscope et plus allongés que les simples bâtonnets, moins longs pourtant que les spirilles du choléra ; leur incurvation est plus accusée, c'est-à-dire que ces spirilles décrivent des contours en pas de vis plus étroits. Les mouvements spontanés sont les mêmes que ceux du bacille de Koch. Si on laisse évaporer la gouttelette de bouillon de culture, qu'on chauffe la plaque pour colorer ensuite la préparation avec la fuchsine et qu'on l'examine après addition de baume de Canada (système à immersion à 1/14), les différences que l'on constate entre les bacilles de Deneke, ceux de Koch (et de Finkler-Prior) sont difficiles à saisir même par un œil exercé ; elles portent principalement sur les dimensions : les bacilles de Deneke sont, comme il vient d'être dit, les plus courts. Enfin les spirilles formées par l'accolement de plusieurs individus présentent des angles saillants, au lieu d'incurvations. Ensemencés dans de la gélatine de culture, les bacilles de Deneke forment des colonies qui, examinées par transparence, à un grossissement de 100 diamètres, ont une forme bien régulière, circulaire, à contour noir, avec un centre verdâtre tirant sur le brun ; ces colonies présentent nn aspect granuleux irrégulier. Plus tard, quand la gélatine commence à se liquéfier et que les colonies s'enfoncent, elles perdent leur teinte noire. La liquéfaction de la gélatine est beaucoup plus rapide que dans les cultures du bacille de Koch, elle l'est moins que dans les cultures du bacille de Finkler-Prior. Quand des cultures pures sont réensemencées dans des tubes à réactif contenant de la gélatine, les colonies obtenues affectent la plus grande ressemblance avec celles du bacille de Koch ; elles s'étalent un peu plus en surface et, en liquéfiant la gélatine, elles donnent naissance à un liquide

trouble. Un peu plus tard, la différenciation des deux variétés de bacilles devient aisée, à cause de la liquéfaction plus rapide du milieu de culture opérée par les bacilles de Deneke.

Sur des tranches de pommes de terre cuites, ces bacilles ne se développent qu'à une température de 35°—37°, en formant une bouillie d'un brun foncé; elles ne se développent pas du tout sur des tranches de pommes de terre crues.

Des inoculations faites à des cobayes, avec des produits de culture de cette nouvelle bactérie, n'ont donné que des résultats négatifs.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la fréquence et de la répartition de la fièvre typhoïde dans Paris, par le docteur Martellière. In-4 de 68 pages. Paris, Chaix, 1884.

Au nom de la Commission d'hygiène du deuxième arrondissement de Paris, M. le docteur Martellière vient de publier un très intéressant rapport adressé à M. le préfet de police sur la fréquence et la répartition de la fièvre typhoïde dans Paris. Dans ce consciencieux travail, M. le docteur Martellière arrive à cette conclusion qu'étant donnés les heureux résultats obtenus à Bruxelles, au point de vue de la fréquence de la fièvre typhoïde (1), il serait urgent de créer, à Paris, une organisation sanitaire analogue. En effet, depuis 1874, année où a commencé à fonctionner le Bureau d'hygiène, toutes les maladies contagieuses ont diminué à Bruxelles dans de notables proportions, et la fièvre typhoïde, en particulier, y a été réduite de moitié. D'après M. Martellière, quel que soit le système qu'adoptera l'administration pour l'amélioration générale des conditions sanitaires de Paris, il est certain qu'il faudra, pour sa création complète, des années et des millions; tandis que l'organisation d'un service analogue à celui qui fonctionne à Bruxelles peut être faite assez rapidement et à frais médiocres. Nous subirons sans doute longtemps encore la fièvre typhoïde, ajoute l'auteur, avec les recrudescences saisonnières ou épidémiques; car l'épidémie fait naître des foyers locaux, et les foyers locaux entretiennent les germes prêts à la reviviscence pour une prochaine épidémie. Mais, si nous n'avons pas de prise sur l'épidémie, il faudrait au moins chercher à atténuer et à restreindre les foyers locaux en tâchant de tarir la source d'où émergent les recrudescences saisonnières. Ce premier point obtenu, M. Martellière espère, d'après l'expérience acquise, que les ravages de la maladie seront réduits à des proportions moins affligeantes pour la science et l'humanité.

Accompagné de tracés graphiques, de tableaux statistiques et de planches montrant la distribution de la fièvre typhoïde dans les quatre-vingts quartiers de Paris en 1876, en 1880, en 1881 et surtout dans l'épidémie de l'automne de 1882, le rapport de M. Martellière constitue un document important que tout hygiéniste consultera avec profit.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(1) L'ingénieur van Mierlo et le docteur Janssens ont démontré devant la délégation envoyée à Bruxelles par la Commission dite d'assainissement que les cas de fièvre typhoïde avaient décru à mesure de la suppression des fosses fixes.

De la valeur séméiologique et thérapeutique du taxis abdominal dans l'étranglement interne, par le docteur Henri Henrot, professeur à l'École de médecine de Reims.

M. le docteur Henrot publie cinq observations de traitement de l'étranglement interne par un taxis méthodique analogue à celui qu'on emploie contre l'étranglement herniaire. Dans trois de ces cas, cette intervention a été suivie de succès; dans les deux autres, elle a échoué ou n'a pu être mise en pratique; mais l'auteur estime que, mieux fait ou fait à temps, le taxis eût donné de bons résultats.

S'appuyant sur ces faits, M. Henrot cherche à poser quelques règles de conduite dans les cas d'occlusion intestinale aiguë. Le diagnostic du siège doit d'abord être fait d'une manière rigoureuse; une palpation profonde permet de constater soit la présence, la forme, les dimensions d'une tumeur, soit la localisation d'une certaine rénitence ou de bruits tympaniques. Aussitôt qu'il a constaté la présence d'une tumeur, « le médecin, s'aidant des deux mains, cherche à englober la tumeur en faisant pénétrer avec douceur mais progressivement le bout des doigts dans l'abdomen; il appuie méthodiquement sur la partie la plus saillante et dirige ses efforts vers le point profond inaccessible où il suppose que se trouve l'anneau constricteur. » Cette manœuvre aura d'autant plus de chances de réussir qu'on sera plus rapproché du début des accidents. Chaque séance ne devra pas durer plus de cinq à dix minutes et sera suivie d'une électrisation recto-abdominale avec des courants induits. En appliquant au taxis abdominal les règles du taxis herniaire, nous sommes absolument assuré, dit M. Henrot, qu'en aucun cas l'intestin n'aura à souffrir de ces pratiques. Quant à nous, tout en constatant les heureux résultats obtenus par l'auteur, nous pensons qu'en l'absence de règles précises il serait peut-être prématuré de faire entrer, à sa demande, le taxis abdominal comme agent thérapeutique dans la pratique ordinaire.

Dr E. Desnos.

REVUE DES THÈSES

Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. Thèse, par M. E. Valude, ancien interne des hôpitaux.

Publié en pleine actualité, au moment où la Société de chirurgie reprenait la grosse question des opérations à pratiquer sur la mamelle, ce travail a eu la double bonne fortune d'être rappelé par M. le professeur Verneuil au cours de la discussion et, dans la dernière séance, d'être déposé sur le bureau de la Société.

Élève de M. Verneuil, M. Valude a dû reproduire dans sa thèse les opinions et les arguments connus du savant professeur de la Pitié. Nous y retrouvons en effet la non réunion et le pansement ouvert défendus activement contre la réunion immédiate et le pansement fermé. Ce point de controverse a constitué à lui seul toute la discussion de la Société de chirurgie; il tient également, en raison de son importance, une place très grande dans la thèse de M. Valude.

La théorie, on le sait, est la suivante : on pourra peut-être enlever toute une tumeur et même toute une mamelle en gardant assez de peau pour effectuer la réunion; mais, en raison des grains glandulaires qui peuvent rester à la périphérie, en raison des lymphatiques qui serpentent dans la

peau, il vaut mieux enlever très largement, de manière à ce que la réunion soit impossible.

L'ablation dans ce cas est, on le conçoit, plus radicale, et la récidive doit être moins fréquente. Il est donc important de n'avoir pas en tête la préoccupation de réunir, de manière à ne rien ménager de la peau qu'on ne marchande pas à l'extirpation.

Nous devons avouer que cette idée, soutenue chaleureusement au cours de cette thèse, s'appuie sur un certain nombre de faits réellement bien démonstratifs. Nous ne citerons que celui si intéressant de Page, qui quatre fois vit la récidive se produire après extirpation d'une tumeur fibro-plastique et réunion. Une dernière fois, ne songeant plus à réunir, le chirurgien pratiqua une opération plus large et la malade guérit.

A côté de cette théorie de la non-réunion à propos de laquelle il était nécessaire de livrer bataille, M. Valude étudie consciencieusement les divers temps qui divisent l'opération de l'ablation des tumeurs du sein et qui sont universellement adoptés aujourd'hui.

Nous rappelons pour mémoire qu'il importe essentiellement d'aller dans l'aisselle à la recherche de tout ce qui est suspect et cela par une seule incision. En un mot, l'opération doit comprendre très largement ce qui est malade : glande, tissus périphériques (peau, aponévrose du grand pectoral), ganglions axillaires et tissu cellulaire périlymphatique.

En terminant, M. Valude donne l'utile description du pansement ouvert antiseptique du professeur Verneuil, et dans un tableau schématique présente au lecteur le relevé de toutes les opérations du sein traitées par cette méthode, dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié, pendant l'année 1884. Sur 31 opérations, un seul cas de mort avec le pansement ouvert.

Nous dirons enfin que cette intéressante thèse, qui mérite d'être justement appréciée, renferme la description détaillée de tout ce qui se fait aujourd'hui pour le traitement des tumeurs du sein.

Les conclusions sont dictées par un principe qui doit passer avant tous les autres, celui de la sécurité chirurgicale.

PAUL DALCHÉ.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DYSMÉNORRHÉE ET STÉRILITÉ. — M^me X..., âgée de 24 ans, mariée depuis cinq ans, a toujours eu des règles douloureuses et irrégulières. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle a suivi de nombreux traitements sur lesquels elle ne peut s'expliquer, mais aucun n'a eu de résultat satisfaisant. C'est dans ces conditions qu'elle vient me consulter. Ayant déjà guéri plusieurs cas de dysménorrhée et d'aménorrhée, par l'emploi du phosphure de zinc, je lui donne ce médicament à la dose de 16 milligrammes par jour, soit 2 milligrammes de phosphore actif. En d'autres termes, deux granules de 4 milligrammes au repas du matin, et 2 au repas du soir.

Elle suivait le traitement depuis vingt jours, lorsque les règles se montrèrent sans la moindre douleur. Je fis continuer la même dose pendant un mois, afin d'agir efficacement sur deux époques consécutives; mais les règles ne parurent pas : la jeune femme était devenue enceinte.

Elle accoucha d'une fille, l'allaita, et le onzième mois les époques se montrèrent de nouveau, tout aussi douloureuses qu'auparavant.

Huit mois se passèrent ainsi. Fatiguée enfin, elle se décida à se soigner, et elle reprit le phosphure de zinc.

Or les choses se passèrent à peu près comme la première fois. Les règles revinrent deux fois sans douleur, et le troisième mois survint une grossesse.

On ne saurait nier, en présence de ces faits, la corrélation qui existe si fréquemment entre la stérilité et la dysménorrhée, la cessation possible de l'une après la disparition de l'autre, et enfin l'action véritablement typique du phosphure de zinc, agissant ainsi sur les deux états en même temps.

Ce fait m'a paru intéressant à signaler, et j'en trouverais bien d'autres à l'actif du phosphure de zinc, si j'avais noté nombre de cas que j'ai observés : hystérie, névralgie, ataxie, anémie, etc., où ce médicament m'a donné des résultats inespérés.

Le phosphure de zinc agit comme toutes les préparations de phosphore, sous forme d'hydrogène phosphoré. Seulement, quoiqu'il contienne chimiquement le quart de son poids de phosphore, il agit comme s'il n'en contenait que le huitième, la moitié n'étant pas absorbée.

Or, c'est là un point qu'on méconnaît peut-être trop souvent. Pour administrer un milligramme de phosphore, il faut donner 8 milligrammes de phosphure de zinc. Qu'arrive-t-il quand on emploie des granules dosés à 1 milligramme, comme nous en avons vu? On n'obtient rien, et l'insuccès est attribué au médicament.

Autre chose. Le phosphure de zinc n'agit que lorsqu'il est cristallisé. Amorphe, il est inerte. Or sa préparation est tellement difficile, qu'à part une marque, fort connue il est vrai, on ne trouve guère dans le commerce qu'un produit impur, entièrement ou partiellement inefficace.

Les Allemands, qui emploient le phosphore sur la plus grande échelle, paraissent ne pas connaître le phosphure de zinc. Ils se servent d'huile phosphorée ou de pilules. Ce sont des préparations extrêmement altérables, et dont l'énergie diminue pour disparaître totalement après quelques jours. Et cependant ils obtiennent des succès tellement nombreux, que leurs journaux sont constamment remplis d'observations à ce sujet.

Le docteur Kassowitz (de Vienne) publie à lui seul le résumé de 560 observations, ayant surtout trait au rachitisme ; et il affirme, tout comme les docteurs Soltmann (de Breslau) et Hagenbach (de Bâle, que le phosphore est le véritable spécifique du rachitisme.

Que n'obtiendrions-nous pas nous-mêmes, si, à leur exemple, nous étendions les applications si nombreuses du phosphore, en employant le phosphure de zinc, dont l'action peut en quelque sorte être mathématiquement calculée, et dont le maniement, à l'encontre du phosphore en nature, est aussi simple et aussi peu dangereux que l'est, par exemple, celui de l'arsenic?

Il n'y a pas, en effet, d'accumulation à craindre, l'élimination étant complète le troisième jour, et eût-on donné par erreur une dose trop forte, il n'y a aucune crainte à avoir, parce qu'il survient aussitôt des vomissements qui arrêtent l'action du médicament, ce qui n'a pas lieu pour la plupart des autres agents très actifs de la matière médicale, notamment pour l'huile phosphorée.

(*Gazette des hôpitaux.*) D^r DECOUX.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR CAUTÉRISATIONS AU SUBLIMÉ DANS LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE.

(DUJARDIN.)

Rec. Sublimé	1	gramme.
Alcool	10	—
Eau distillée	240	—

M. s. a. — Faire, à l'aide d'un pinceau, des applicatione de

cette solution sur les paupières renversées, deux ou trois fois par semaine. Ces cautérisations développent une sensation de cuisson légèrement douloureuse et de la rougeur de l'œil. Elles sont indiquées surtout dans les cas de granulations anciennes, véritables corps étrangers, qui irritent la cornée en vertu d'un frottement dur qu'elles exercent sur cette membrane. Après deux ou trois cautérisations, la face interne des paupières est redevenue lisse, et presque toujours l'état de la cornée s'est amélioré du même coup. (JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE.)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

CONCOURS POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PAUL BROCA.

Art. I. — Il est ouvert à Paris un concours pour l'érection d'une statue à Paul Broca ; elle sera élevée sur le terre-plein situé en face de l'entrée de la Faculté de médecine, au coin de la rue de l'École-de-Médecine et du boulevard Saint-Germain.

Art. II. — La statue aura 2 mètres 20 de hauteur, plinthe comprise.

Art. III. — Les concurrents produiront une maquette de la statue et du socle, ayant une hauteur totale de 70 centimètres.

Art. IV. — Les maquettes devront être déposées à l'École des beaux-arts dans les salles du premier étage sur le quai, le 1er septembre 1885 avant 5 heures du soir. Chaque maquette portera une devise qui sera reproduite dans un pli cacheté, signé de l'auteur, adressé au secrétaire de la Commission.

Art. V. — Le jugement sera rendu, au plus tard, le dixième jour après l'exposition publique qui durera quinze jours et commencera le 8 septembre 1885.

Art. VI. — Le jury chargé du classement des projets sera composé des membres de la Commission du monument Broca, nommés par la Société d'anthropologie, et de trois artistes qu'elle s'adjoindra (deux sculpteurs et un architecte).

Art. VII. — Trois maquettes pourront être choisies parmi les œuvres des concurrents. Leurs auteurs seront chargés d'exécuter chacun le buste en plâtre de Broca, grandeur nature, et une nouvelle maquette haute de 1 m. 20 avec la plinthe. L'artiste qui, après cette épreuve complémentaire aura réuni les suffrages du jury, sera chargé de l'exécution définitive ; les deux autres, classés suivant le mérite de leur œuvre, recevront une prime de 1,000 francs et de 500 francs.

Art. VIII. — Il sera donné à chaque concurrent un délai de deux mois pour faire la deuxième épreuve : le jugement de ce second degré du concours aura lieu dans la première quinzaine de décembre 1885.

Art. IX. — Une somme de 8,000 francs sera mise à la disposition de l'artiste désigné par le jury pour l'exécution en plâtre du modèle définitif, lequel sera coulé en bronze aux frais de la commission du monument. Dans le cas où la Commission déciderait que la fonte fût faite à cire perdue, le sculpteur sera tenu de surveiller la fonte ainsi opérée et de retoucher la cire.

Cette somme pourra être payée à l'artiste par quart, en raison de l'avancement de l'œuvre.

Art. X. — Celui-ci devra, en outre, présider à l'exécution d'un buste en bronze d'après le modèle de sa statue. Le modèle demeurera la propriété de la Société d'anthropologie de Paris.

Art. XI. — Les maquettes devront être enlevées, dans un délai de huit jours après l'exposition publique, par les soins des concurrents. La Commission ne prend point la responsabilité de leur conservation passé ce délai.

Art. XII. — Le piédestal sera confié aux soins d'un architecte désigné par l'artiste qui aura obtenu l'exécution de la statue. Toutefois, la Commission se réserve le droit d'approuver le modèle du socle, qui devra lui être soumis avant son exécution.

Le Secrétaire de la Commission,
Dr S. POZZI.

Le Président de la Commission,
CH. FLOIX.

(Toutes les demandes de renseignements et toutes les communications doivent être adressées à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.)

— DISPOSITION DES FONDS PROVENANT DU LEGS MONBINNE. — L'Académie de médecine a réparti ces fonds entre les concurrents dont les noms suivent, en leur donnant le titre de lauréats :

4,000 francs à M. le docteur A.-J. Martin pour son ouvrage sur l'*Administration sanitaire civile à l'étranger et en France*.

2,000 francs à M. le docteur Straus et 2,000 francs à M. le docteur Roux pour leurs recherches effectuées à Toulon en 1885 sur le choléra ;

2,000 francs à M. le docteur van Morris (de Dunkerque), et 500 francs à M. le docteur Amat, médecin militaire, pour des mémoires sur l'*influence des bains de mer dans le traitement de la scrofule chez les enfants*.

— L'INTERNAT DES FEMMES DEVANT LE CONSEIL MUNICIPAL. — Nos futurs confrères du sexe féminin viennent de remporter une victoire devant le Conseil municipal de Paris. Par 48 voix contre 25, le Conseil a adopté une proposition invitant l'administration « à ne pas s'opposer désormais à l'admission des femmes au concours de l'internat ». Comme corollaire de cette proposition, le Conseil en a voté une autre d'après laquelle une salle spéciale de garde sera réservée aux femmes admises à l'internat.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première session, 1885. — Paris. — Semaine de Pâques.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR (1).

I. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

Le siège de la direction de la GAZETTE MÉDICALE *et du* JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES *est transféré 85, avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées). Le bureau d'abonnement reste toujours à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.*

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Renaud, médecin major à l'hôpital militaire du Kram (Tunisie) ; — de M. le docteur Nicolaï Buhnow, chef de clinique du professeur Botkin, mort de diphthérie; — de M. le docteur Mathias Schwanda, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Vienne.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charrin, préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, est nommé chef dudit laboratoire en remplacement de M. Capitan, démissionnaire.

M. Roger, interne des hôpitaux, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales en remplacement de M. Charrin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret en date du 4 février 1885, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. Badal, docteur en médecine, est nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux (chaire nouvelle).

***

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Par arrêté ministérel en date du 17 janvier 1885, ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance de Paris : MM. les docteurs Vigouroux pour le IVe arrondissement, Perrachon pour le XVIIIe et Meige pour le VIIe.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 20 janvier 1885, que les médecins-majors de première classe, employés dans les corps de troupe et dans les hôpitaux militaires, qui n'ont pas encore subi les épreuves instituées par la circulaire ministérielle du 26 avril 1883, sont autorisés, sans condition d'ancienneté, à passer cet examen au moment de l'inspection générale du service de santé.

***

PRIX VAILLANT. — L'un des deux prix fondés par le maréchal Vaillant, d'une valeur de 1,500 francs, et dont le sujet était : « Nouvelles recherches sur les fossiles faites dans une région qui, depuis un quart de siècle, n'a été que peu explorée sous le rapport paléontologique », vient d'être décerné par l'Académie des sciences de Paris à notre excellent collaborateur M. Emile Rivière.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884.

337. M. Grenier. Etudes sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie. — 338. M. Ambresin. Quelques considérations sur les opacités de la cornée. — 339. M. Mercat. La fréquence de la colique hépatique chez l'enfant. — 340. M. Jasèwicz. Considérations sur le traitement rationnel des fièvres exanthématiques zymotiques. — 341. M. Gourdin. Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. — 342. M. Soula. Contribution à l'étude de la migraine. Migraine et arthritisme. — 343. M. Marsat. Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'*euphorbia pilulifera*. — 344. M. Santelli. Du traitement de la sciatique par les pulvérisations du chlorure de méthyle. — 345. Mlle Mesnard. De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement. — 346. M. Herveou. Contribution à l'étude du traitement des hémorrhagies post-partum par les injections intra-utérines d'eau chaude à 40°, à 50°, et les bains chauds à 34°. 347. M. Bellier. Contribution à l'étude de l'urano-staphylorraphie et de ses résultats. — 348. M. Mathieu. Contribution à l'étude clinique du rhumatisme noueux chez les jeunes sujets. — 349. M. Sauve. Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. — 350. M. Conscience. Contribution à l'étude des propriétés du chlorhydrate de kairine. — 351. M. Blusson. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique. — 352. M. Blesson. Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer. — 353. M. Seraphinoff. De la trépanation dans les ostéites douloureuses du tibia. — 354. M. Dubourg. De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement. — 355. M. Hélie. D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement. — 356. M. Daima. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire survenant dans le cours de la sclérose en plaque. — 357. M. Turbert. Contribution à l'étude clinique des névralgies du membre supérieur. — 358. M. Alem. De la pneumaturie. — 359. M. Genebrias de Boisse. Etude sur une épidémie de fièvre jaune à bord des bâtiments de l'Etat (Sénégal, 1881). — 360. M. Lejour. De la pilocarpine dans la thérapeutique oculaire. — 361. M. Juda. Des lipomes du périnée envisagés particulièrement chez les enfants. — 362. M. Guillaume. Traitement de l'infiltration d'urine. — 363. M. Castel. Considérations sur la pathogénie des fistules ombilicales. — 364. M. Delan. Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes. — 365. M. Vallois. Des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. — 366. M. Castagne. Contribution à l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — 367. M. de Molènes-Mahon. De l'érythème polymorphe. — 368. M. Bougier. Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? — 369. M. Wallet. Note sur la rage et particulièrement sur l'incubation, les formes larvées et le pronostic. — 370. M. Figari. Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine. — 371. M. Lemonnier. Des modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés criminels.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 AU SAMEDI 31 JANVIER 1885.

Fièvre typhoïde 12. — Variole 3. — Rougeole 38. — Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 41. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. —

Phthisie pulmonaire 199. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 87. — Bronchite aiguë 53. — Pneumonie 125. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35. — au sein e mixte 14. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 114. — de l'appareil circulatoire 103. — de l'appareil respiratoire 138. — de l'appareil digestif 40 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 12. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 17. — Causes non classées 11. — Total de la semaine : 1,232 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par le docteur Paul Coudray, ancien interne des hôpitaux. — Ancien aide d'anatomie de la Faculté. Un volume in-8 de 108 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse), par Enrique de Argaez, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie des sciences de Cadix. Grand in-8 jésus. — Prix : 4 fr. — Librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des applications nouvelles à la thérapeutique pendant l'année 1883, par le docteur Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8. — Prix : 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte : atropine, morphine et chloroforme, par le docteur Félix Colombel. In-8. — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus. (D'après la méthode du docteur Apostoli), par le docteur Lucien Carlet, ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis, médaille de bronze de l'Assistance publique, avec une figure dans le texte. Un volume in-8 de 250 pages. — Prix : 4 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Eloge de F.-E. Renaudin (lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 28 avril 1884), par le docteur Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, médecin de la maison nationale de Charenton, etc. In-8. — Prix : 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Notes de pathologie exotique des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme, par le docteur Girerd, chef du service chirurgical de l'hôpital central de Panama, ex-chirurgien des hôpitaux de Constantinople, membre correspondant de l'Académie de médecine et de chirurgie, de Naples, de Constantinople, de la Société française d'hygiène, etc., etc. Un volume in-8 de 90 pages — Prix : 3 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CONGESTION RÉNALE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD ; recueillies par M. JUHEL-RENOY, chef de clinique adjoint à la Faculté.

I

Affection souvent méconnue. — Histoire et évolution du cas de congestion rénale à forme typhoïde qui doit servir de type pour la description de la maladie.

L'affection dont je vais vous entretenir est loin d'être rare, mais elle est à ce point méconnue que vous n'avez peut-être pas encore eu l'occasion d'en voir faire le diagnostic ni d'en lire de description dans les ouvrages classiques, où d'ailleurs vous ne verrez pas figurer de rubriques qui correspondent exactement au titre de cette leçon. C'est pourquoi, pendant ces derniers jours, je me suis si longtemps arrêté auprès du malade occupant le numéro 36 de la salle Jenner, afin d'attirer votre attention sur les signes à l'aide desquels on pouvait reconnaître cette variété de congestion rénale, si facile à confondre avec d'autres maladies d'essence pourtant bien différente. Aujourd'hui notre malade est guéri et va quitter l'hôpital ; nous pouvons donc envisager son histoire tout entière d'une manière synthétique et fixer la place que son affection doit occuper dans la pathologie du rein.

Notre homme est un Piémontais de 21 ans, exerçant la dure profession de journalier. Vers le milieu d'août, alors que sa santé paraissait excellente, il fut pris subitement d'un malaise général difficile à caractériser. C'était comme une courbature assez violente pour lui « briser les jambes » et le prostrer au point qu'il dut cesser tout travail. Un profond dégoût pour les aliments, une insomnie rebelle, des douleurs sourdes mais continues dans tout l'abdomen, des frissons erratiques et répétés qui vinrent rendre plus pénible encore le malaise auquel il était en proie, tel fut le bilan du lendemain.

Le troisième jour, une diarrhée abondante survint, sans coliques, mais avec un notable gonflement du ventre et une exaspération de la sensibilité constatée la veille. En même temps, le malade éprouva une légère dysurie, caractérisée par une désagréable sensation dans la vessie et l'urèthre à chaque miction. L'urine était rare, épaisse, trouble comme toute urine fébrile.

Tout ceci dura bien une huitaine de jours ; puis la diarrhée s'amenda sensiblement, tandis qu'apparaissaient une légère angine et quelques épistaxis dont l'une fut assez abondante.

Comme la courbature du premier jour s'était un peu atténuée, il avait voulu reprendre de l'ouvrage, mais ses forces n'avaient pas été à la hauteur de sa volonté, si bien qu'il traîna pendant deux semaines environ, jusqu'au moment où il s'en vint, presque épuisé, demander le 1er septembre son admission à l'hôpital.

FEUILLETON

ÉLOGE DE M. CHARLES-EMMANUEL SÉDILLOT,

Membre correspondant de la Société de chirurgie, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École de santé militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, commandeur de la Légion d'honneur, par M. PAUL HORTELOUP, secrétaire général de la Société de chirurgie.

Suite et fin. — Voir les numéros 5 et 6.

Pour expliquer l'opposition que M. Sédillot fit aux résections sous-périostées, on peut croire qu'il y avait un peu d'amour-propre d'inventeur, car, par nature, il était disposé à applaudir à toutes les idées nouvelles.

Un des premiers, il soutint que « pour bien juger soi et les autres, il faut quitter de temps à autre son milieu habituel, et que « s'immobiliser au sein de ses propres dieux, c'est risquer de se réveiller aux échos d'un autre monde et de s'y trouver étranger ».

Ce fut dans un voyage qu'il fit à Londres, en 1847, qu'il vit Hancock, à Charing-Cross, amputer la cuisse d'un malade « qu'on éthérisa en plaçant au-dessous de ses narines une éponge imbibée d'éther ».

A son retour à Strasbourg, il commença une série d'expériences sur ce nouvel agent qui allait bientôt céder la place au chloroforme.

Cette merveilleuse conquête de la science ne fut pas acceptée sans résistance, et je crois que, sans manquer de respect à la mémoire de vénérés maîtres, on peut dire que beaucoup d'entre eux eurent longtemps peur de l'anesthésie. Aussi, ce ne fut pas sans provoquer une certaine émotion que M. Sédillot vint affirmer à l'Académie, en 1848, « que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais ».

Il voulait ainsi rassurer les esprits et propager l'emploi de l'anesthésie, mais il ne s'en était jamais dissimulé le danger ; il savait

A première vue, j'eus l'impression d'une fièvre typhoïde légère. Au moins, c'en était le facies; avec la prostration, un état voisin de la stupeur, des réponses lentes et une sorte d'immobilité des traits du visage.

La langue était sèche, très sale, avec un peu de rougeur de la pointe et des bords; la soif ardente, le ventre douloureux à la pression avec gargouillement iliaque, quoiqu'il y eût constipation; enfin la rate, que je percutai méthodiquement, ne me parut pas sensiblement augmentée de volume.

La température s'élevait à 39°, le pouls à 90; la peau était aride. D'autre part, ni céphalalgie, ni éblouissements, ni bourdonnements d'oreille. L'auscultation des poumons et du cœur ne donna aucun résultat.

L'urine était foncée, avec l'apparence trouble et les tons rouge brunâtre qui caractérisent ce liquide aux premières phases de la néphrite parenchymateuse aiguë; elle renfermait une grande quantité d'albumine. Un sédiment assez abondant occupait la partie inférieure du bocal où le liquide avait été recueilli; ce sédiment était essentiellement constitué par des globules blancs pigmentés pour la plupart et par des cylindres de diverse nature parmi lesquels prédominaient les cylindres hyalins et les cylindres épithéliaux. Enfin, tandis que l'urine traitée par l'acide nitrique développait cette magnifique couleur rouge hyacinthe qui me sert à apprécier la quantité de l'urohématine, la recherche de l'indican restait infructueuse.

A ne considérer que la symptomatologie générale, vous comprendrez sans peine, messieurs, que l'idée d'une fièvre typhoïde était la première qui dût venir à notre esprit, d'autant que les antécédents du malade étaient négatifs et que, nouveau venu à Paris, il affirmait n'avoir jamais été malade. Néanmoins les caractères de l'urine m'inspirèrent des doutes que je vous fis partager, et nous suspendîmes notre diagnostic.

Dès le lendemain, je pus vous montrer combien cette réserve était justifiée, car trois faits significatifs s'étaient produits. D'abord notre malade avait fort bien dormi; ensuite sa température s'était brusquement abaissée à 37°6; enfin le symptôme qui dominait cette fois tous les autres était une douleur lombaire assez vive, spontanée, mais exagérée par la pression et les mouvements. L'urine, avec la même apparence que la veille, renfermait moins d'albumine, mais dans le sédiment de nombreux globules rouges étaient venus se joindre aux cylindres et aux globules blancs et donner au dépôt une couleur brun rougeâtre.

Le 4, la température était à 37°5, et, bien que le thermomètre se fût encore élevé la veille au soir à 39°, la nuit avait été excellente. Cependant, malgré l'absence de fièvre, un pouls à 68, la physionomie gardait cette empreinte de prostration qui nous avait frappés les jours précédents, et le malade accusait toujours un insurmontable anéantissement.

L'urine ne renfermait plus que des traces d'albumine, mais elle donnait nettement la réaction de l'indican. Son aspect n'avait pas changé; le sédiment était formé de globules rouges et blancs, de cristaux d'acide urique, tandis que les cylindres épithéliaux avaient en partie disparu.

En présence de tous ces caractères, je n'hésitai plus à repousser catégoriquement l'hypothèse d'une fièvre typhoïde et j'admis que nous nous trouvions en présence d'une *congestion rénale à forme typhoïde*. Dans quelques instants, je vous donnerai les motifs de ce diagnostic.

D'ailleurs il fut pleinement justifié par la marche de la maladie. Le 5, l'albumine disparaissait et nous relevions la dernière température fébrile : T. M. 36°6. T. S. 38°8, ainsi qu'on peut s'en assurer sur le tracé n° 1 qui vous permettra de suivre l'ensemble de l'évolution thermique.

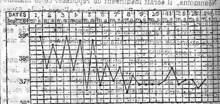


FIG. 1.

Le 7, le malade se sentait fort bien, demandait à manger et s'étonnait qu'on ne voulût pas cesser le régime lacté auquel il avait été soumis dès son entrée.

Les 10 et 11, il accusait un peu de sensibilité pendant la miction; la pression sur la région lombaire était encore quel-

---

toute la prudence que l'on doit déployer Aussi, avant d'énoncer cette assertion un peu hardie, eut-il soin de déclarer que « toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée », et que « chloroformer est un art qui exige une attention de tous les moments et beaucoup d'habileté et d'expérience ».

M. Sédillot, conséquent avec de tels principes, chargeait toujours la même personne d'administrer le chloroforme. Quelquefois les élèves s'en plaignirent : « On apprend mieux en voyant bien faire, répondait-il, qu'en faisant mal soi-même. »

La tranquillité qu'il trouvait dans cette organisation lui permettait de faire briller la remarquable habileté opératoire que tous ses élèves se sont plu à proclamer, et de conserver dans les circonstances les plus graves un calme et un sang-froid imperturbables. Voulant mettre en pratique tous les devoirs du chirurgien, que résument les trois mots : *cito, tuto, jucunde*, M. Sédillot tenait beaucoup à l'élégance opératoire, et il mettait une véritable coquetterie à terminer une grave opération sans avoir une goutte de sang sur ses vêtements et sur ses manchettes.

M. Sédillot avait la tournure du commandement; il était... Mais je m'arrête, messieurs, car n'ayant jamais vu M. Sédillot, je ne pourrais vous en donner qu'une pâle copie, et pour vous le dépeindre, laissez-moi placer devant vos yeux le portrait vivant que son plus fidèle ami nous en a tracé :

« Charles Sédillot était de taille élevée. A cette taille avantageuse se joignait une prestance aisée, une belle figure, une physionomie fine et expressive; son œil tout ouvert et son regard franc, sa voix sonore et bien timbrée, son langage clair et précis, attiraient l'attention, comme l'enjouement, la gaieté même de son esprit, la distinction de ses manières et jusqu'à l'élégance de sa tenue, inspiraient la sympathie. »

Bon et affable avec ses élèves, dont il aimait à être entouré, M. Sédillot exigeait d'eux une attention de tous les instants; le moindre oubli était relevé sévèrement. Grand partisan du fer rouge, qu'il employait couramment pendant sa visite, l'entretien du réchaud rempli des fers était confié à la garde d'un externe. Mais, nouvelle vestale, malheur à lui, me disait un de ses élèves qui se rappelait encore ses émotions, si le feu s'éteignait !

M. Sédillot apportait dans l'examen de ses malades un soin minutieux, et ses anciens internes n'ont pas oublié « la patience

que peu douloureuse; en même temps, on constatait des retours irréguliers de l'albuminurie.

Mais le 13 celle-ci disparaît définitivement, et si l'urine n'eût été encore trouble et brunâtre, si le sédiment n'eût renfermé quelques globules blancs et rouges et de nombreux amas pigmentaires, on aurait pu croire à une guérison absolue. D'ailleurs celle-ci ne se fit pas attendre, car le 21 la restitution complète de la santé ne faisait plus de doute pour personne.

II

Etablissement du diagnostic. — La congestion rénale primitive n'est plus classée à part dans les Traités des maladies des reins; elle rentre dans la néphrite catarrhale, qui tend elle-même à être englobée dans la maladie de Bright.

Il s'agit maintenant, messieurs, de justifier notre diagnostic. D'abord, pourquoi avons-nous repoussé la fièvre typhoïde? A bien considérer les choses, on trouverait un motif suffisant dans la brusque disparition des symptômes typhoïdes qui auraient prêté à la confusion, et cela sans intervention thérapeutique active. Celle-ci fut en effet d'une extrême simplicité: un purgatif salin au début, puis le régime lacté, enfin une potion de Todd quand la prostration ne parut pas céder à l'égal des autres symptômes.

Néanmoins, il serait insuffisant de repousser cette maladie sans plus de détails, car il est certaines allures de la fièvre continue, en particulier celle que j'ai décrite sous le nom de *fièvre typhoïde à forme rénale*, qui offrent dans l'une de ses formes atténuées certains traits de ressemblance avec la maladie qui nous occupe (1).

Rappelez-vous, en effet, ce jeune garçon de dix-neuf ans, qui était couché, il y a quelques jours encore, au n° 54 de la salle Jenner: sa stupeur était comparable à celle de notre malade d'aujourd'hui; ses urines, fortement teintées de rouge brunâtre, rappelaient tout à fait celles que l'on observe dans la maladie de Bright aiguë; une forte proportion d'albumine et des cylindres épithéliaux dans le sédiment complétaient l'analogie. Vous vous souvenez pourtant que, sans nous arrêter aux apparences, nous poursuivîmes notre enquête qui nous révéla l'existence de taches rosées lenticulaires très caractéristiques, d'un gonflement de la rate et de râles fins aux deux bords des poumons.

Puis la température quotidiennement relevée nous fournit la courbe habituelle des dothiénentéries régulières, et si la maladie fut de courte durée, elle n'a pas présenté ces oscillations et cette brusque défervescence qui ont été si frappantes chez notre malade.

Par conséquent, s'il existe certaines similitudes entre les formes atténuées de la dothiénentérie à forme rénale et l'affection dont je vous entretiens, cette dernière en sera facilement distinguée, puisqu'elle n'a ni les taches rosées, ni la matité splénique, ni les déterminations pulmonaires, ni l'évolution thermique de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde à forme rénale étant écartée, je devais légitimement songer à une *néphrite à symptômes typhoïdes*. Mais, messieurs, est-ce que la courte durée de la maladie, la disparition si rapide et si complète de l'albumine, s'accordent bien avec l'idée que nous nous faisons d'une néphrite, mot qui sous-entend immédiatement une lésion véritable du rein? Or, ici, n'est-il pas de toute évidence que nous étions en face d'un trouble superficiel et transitoire, et que si l'on veut quand même lui donner le nom de néphrite, il est indispensable d'adjoindre à ce nom l'épithète de congestive?

Admettons pour un instant cette dénomination et cherchons à définir et à classer nosologiquement cette néphrite congestive.

Devons-nous la placer parmi les *congestions rénales* que décrivent les auteurs classiques? Mais la plupart de ceux-ci n'entendent par congestion rénale que l'hyperémie secondaire aux lésions du cœur ou des poumons, et l'hyperémie aiguë des fièvres, des maladies infectieuses ou de certaines intoxications (cantharides); on admet aussi que, dans les néphrites, les lésions d'ordre inflammatoire sont précédées par une phase congestive. Quant à une congestion rénale active et primitive, évoluant pour son propre compte, élevée à la hauteur d'une entité et ayant l'autonomie propre de la congestion pulmonaire, par exemple, vous n'en trouverez aucune description isolée, et son existence reste toute virtuelle. Et si quelque chapitre de pathologie porte en tête le mot d'hyperémie rénale, il

(1) Voyez Albert Robin. *Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde*. Paris, 1877.
Amat. Thèse de Paris, 1878.
Didion. Thèse de Paris, 1883.

admirable qu'il déployait dans certaines circonstances, et particulièrement dans le cathétérisme. C'est certainement à cette patience et à l'habileté avec laquelle il maniait les bougies filiformes qu'il a dû de nier d'une façon trop absolue les rétrécissements infranchissables, mais il obtenait des succès inespérés. »

Dans son cours de pathologie externe, M. Sédillot voulait être et était très élémentaire; mais, dans ses leçons cliniques, il en était tout autrement.

D'une grande sûreté et d'une grande précision de diagnostic, exposant les faits avec une lucidité parfaite, il ne laissait aucun point obscur, et, emporté par la chaleur de l'improvisation, il aimait, dans un langage animé et d'un tour quelquefois paradoxal, par lequel il captivait encore plus l'attention de ses auditeurs, toucher aux points les plus élevés de la science et aux questions les plus délicates de notre profession.

« M. Sédillot se faisait, nous a dit M. Eugène Bœckel dans une délicate étude qu'il lui a consacrée, une haute idée de l'exercice de notre art, et du rôle du médecin dans la société. D'après lui, le médecin devait être le supérieur, ou au moins l'égal de ses clients, par la connaissance et par le talent, aussi bien que par l'éducation et l'honorabilité. Mais, s'il exigeait beaucoup du médecin, il voulait aussi de la part du client respect et reconnaissance. Avec son expérience, ses qualités personnelles, sa renommée européenne, M. Sédillot était recherché par les malades de près et de loin, il n'avait qu'à se laisser aller à ce courant pour acquérir une grande fortune. Ce n'était pas son but, il avait une ambition plus noble, celle d'attacher son nom à des découvertes scientifiques; souvent il se retirait, pendant des semaines, de la pratique pour poursuivre quelque recherche scientifique. »

Outre ses leçons à la Faculté, M. Sédillot fit le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital militaire d'instruction, jusqu'en 1850, époque à laquelle un décret présidentiel vint, en modifiant le mode de recrutement des médecins de l'armée, fermer les hôpitaux d'instruction.

M. Sédillot resta attaché à l'hôpital militaire où il fut promu successivement médecin principal de deuxième et de première classe.

Mais les résultats donnés par l'application du décret de 1850 furent loin de répondre à ce que l'on attendait et l'urgence d'une nouvelle réforme se fit bientôt sentir.

confond dans sa description celle-ci avec la néphrite catarrhale.

Qu'est-ce donc que cette *néphrite catarrhale* dont l'histoire paraît si bien conjuguée à celle de la congestion active du rein qu'elle ne peut en être distraite?

M. Lécorché (1) la regarde comme le degré le plus léger de la néphrite parenchymateuse, et lui donne le nom de néphrite parenchymateuse superficielle ; Wagner (2) la fait rentrer dans la maladie de Bright aiguë. Donc, si l'on adoptait cette manière de voir, l'affection dont notre homme a été atteint devrait être considérée, elle aussi, comme une variété de ce mal de Bright aigu!

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HOSPICE DES MÉNAGES. — SERVICE DE M. ALBERT ROBIN.

HÉMIPLÉGIE MOTRICE ET SENSITIVE DU CÔTÉ GAUCHE SANS PERTE DE CONNAISSANCE. — DYSPHAGIE. — MORT. — HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE INTÉRESSANT LA COUCHE OPTIQUE, LA CAPSULE INTERNE ET LE NOYAU INTRA-VENTRICULAIRE DU CORPS STRIÉ DROIT, AYANT SECONDAIREMENT FUSÉ DANS LES VENTRICULES LATÉRAUX. — ADIPOSE CARDIAQUE. — SURCHARGE ADIPEUSE DU PÉRICARDE, par R. RÉGNIER, interne du service.

Le 15 janvier, dans la matinée, le nommé Lasyoux quittait son dortoir en pleine santé, sans malaise d'aucune sorte, pour se rendre dans un cabinet voisin ; quelques minutes après, il appelle au secours et on le trouve étendu par terre.

En relevant le malade pour le porter dans son lit, on s'aperçoit qu'il est paralysé du côté gauche.

Cependant l'intelligence est demeurée intacte. Le malade affirme qu'il n'a pas un moment perdu connaissance, seulement il a senti tout à coup les jambes lui manquer ; il est tombé, et, s'apercevant qu'il essayait en vain de se relever, il a appelé.

La parole est assez nette, bien qu'elle soit gênée par un peu de paralysie faciale.

Le malade entre à l'infirmerie (salle Labric).

Le lendemain, à la visite, son intelligence paraît moins lucide que la veille. Il est somnolent et prononce des mots sans suite. La parole est comme mâchonnée.

Examen. — Nous trouvons une paralysie faciale gauche. Les traits de ce côté sont immobiles. La commissure des lèvres est tirée à droite et un peu en bas. L'orbiculaire des paupières n'est pas intéressé, car le malade ferme parfaitement les yeux.

Le membre supérieur gauche est complètement paralysé et retombe lorsqu'on le soulève.

Le membre inférieur gauche est dans le même état.

Du côté droit, au contraire, le malade oppose une vive résistance aux mouvements qu'on veut lui faire accomplir. Il se plaint dès qu'on lui prend le bras et le contracte très fort lorsqu'il est dans la demi-flexion et qu'on essaye de l'étendre.

Le 16 janvier, à trois heures du soir, l'intelligence est de moins en moins présente. Le malade est incapable d'une réponse sensée.

Les membres sont dans le même état. La sensibilité à la douleur a disparu du côté gauche. Cependant, en pinçant le malade, on provoque des réflexes et on voit, en pinçant un peu fort la peau de la cuisse, les muscles se contracter dans la partie interne du membre. Cette contraction n'est cependant pas assez forte pour provoquer un déplacement même minime de la jambe.

Du côté droit, la sensibilité semble un peu exagérée.

Réflexes rotuliens. — Gauche aboli.

Droit conservé et même un peu exagéré.

Appareil circulatoire. — L'artère radiale est tellement athéromateuse qu'on n'y sent pas le pouls ; toutes les autres artères sous-cutanées présentent une calcification très prononcée.

Cœur. — Les bruits sont très sourds ; le premier bruit semble un peu prolongé, sans être nettement souffiant.

Rien aux poumons ni aux bronches.

Le malade laisse aller sous lui les matières fécales et les urines. On le sonde pour examiner celles-ci, et on constate que l'urine est transparente, de couleur normale.

Bien qu'elle ne soit pas fermentée et que sa réaction soit encore faiblement acide, elle laisse deposer du phosphate ammoniaco-magnésien. Trouble par la chaleur qui disparaît par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique. Ni sucre ni albumine. L'acide nitrique donne à l'urine une légère coloration rose.

M. Albert Robin porte le diagnostic, hémorrhagie cérébrale intéressant la partie postérieure de la capsule interne de l'hémisphère droit et d'origine athéromateuse.

19 janvier. — Le malade, depuis deux jours, est devenu somnolent ; cependant il répond un peu mieux aux questions qu'on lui pose.

(1) Lécorché. *Traité des maladies des reins.* Paris, 1874.
(2) E. Wagner. *Der Morbus Brightii.* Leipzig, 1882.

Le gouvernement décida la création d'une école de service de santé militaire analogue avec les autres écoles militaires. Les élèves seraient casernés, ils suivraient les cours d'une Faculté et seraient dirigés dans leurs études par des répétiteurs choisis parmi les jeunes docteurs.

Strasbourg, avec sa Faculté si savante, son grand hôpital et surtout avec tous ses souvenirs se rattachant à l'histoire de la médecine militaire, était tout indiqué.

L'Ecole, ouverte en 1857, ne fut définitivement organisée qu'en 1860, lorsque le ministre de la guerre se décida à élever au grade de médecin inspecteur M. Sédillot, qui mettait cette condition pour accepter la direction de l'Ecole.

Lorsqu'on relit la correspondance échangée à l'occasion de cette nomination, on est attristé de la situation secondaire que les règlements donnaient à nos confrères de l'armée : « N'apparaître jamais, écrivait M. Sédillot, que dans un état de dépendance ; jusqu'à ce titre d'officier de santé qui est un repoussoir entre toutes les mains administratives militaires ou civiles, il nous faut plus de mérite pour faire accepter et supporter notre malheureux uniforme, qu'il ne faut de fautes et d'inconséquences aux autres pour diminuer la splendeur du leur. »

M. Sédillot n'avait pas oublié que, pendant l'assaut de Constantine, les ambulances avaient été placées, par ordre de l'intendance, à une telle distance qu'elles n'avaient été d'aucune utilité.

« J'espère toujours, disait M. Sédillot, une révolution pour notre corps ; non pas une révolution générale, culbute universelle, mais le redressement des torts qui affligent notre misérable constitution spéciale. Combien n'avons-nous pas à nous plaindre de l'esprit funeste de dénigrement et d'abaissement qui plane malheureusement sur nous! »

M. Sédillot rêvait un corps de santé fortement organisé, maître absolu de son matériel, réunissant, sous l'autorité du médecin-chef tous les personnels appelés à concourir au service sanitaire, et dans lequel les travaux scientifiques auraient été pris en considération pour monter en grade.

La loi de 1882 n'a pas entièrement réalisé ce rêve, mais elle est cependant un premier pas fait vers le progrès, et l'on sait que le progrès est œuvre de temps et de travail.

Malgré les difficultés administratives dont M. Sédillot eut à

Pas de modifications dans l'état des membres ni dans celui de la sensibilité.

Pas de déviation des yeux ni de modifications pupillaires.

20 janvier. — Le malade est de plus en plus somnolent. Il ne répond aux questions qu'après avoir été vivement pressé, et encore est-ce par monosyllabes et d'une manière peu distincte.

Il y a une forte différence de température entre les deux mains.

Le malade a depuis son entrée une certaine difficulté à avaler. Les boissons qu'on lui donne au biberon semblent s'arrêter un certain temps dans la partie supérieure du pharynx avant de descendre dans l'œsophage.

21 janvier. — La difficulté de la déglutition a encore augmenté; une cuillerée de tisane qu'on lui a fait avaler s'arrête dans le pharynx. Le malade tousse d'une façon continue. Cette toux n'est cependant pas paroxystique, elle semble un simple effort destiné à empêcher le liquide de pénétrer dans le larynx. Il se produit dans sa gorge un bruit de glou-glou très intense. Enfin, au bout d'un quart d'heure environ, le liquide finit par passer.

Le soir, nous passons une sonde dans l'œsophage pour introduire un peu de lait dans l'estomac du malade qui ne prend plus rien. Il n'y a pas de rétrécissement. Le cathétérisme ne semble provoquer aucune douleur. Il n'y a pas un réflexe de vomissement.

Le malade succombe dans la nuit.

AUTOPSIE. — On constate dès l'ouverture du cadavre qu'il est abondamment chargé de graisse; une couche de plus de 2 centimètres sépare la peau de la poitrine des muscles du thorax.

Les méninges se détachent très facilement du crâne à la partie inférieure; à la partie supérieure, au contraire, la dure-mère est très adhérente.

Entre les deux feuillets de l'arachnoïde, on trouve une quantité de liquide assez appréciable: ce liquide est clair, sa consistance un peu gommeuse. La pie-mère, épaissie, offre en certains points l'aspect de la dure-mère. Les artères qui rampent à sa surface sont très athéromateuses; elle n'est pas adhérente à la substance cérébrale.

A la base du cerveau, on ne trouve rien qu'un athérome artériel très prononcé.

Hémisphère droit. — La surface des circonvolutions ne présente rien d'anormal.

Rien à la coupe préfrontale.

Un peu d'état sablé à une coupe transversale passant par la partie moyenne des circonvolutions frontales.

A une coupe passant par le pied des circonvolutions frontales on aperçoit une dilatation énorme des ventricules latéraux, qui sont remplis de caillots sanguins dont la couleur et la consistance indiquent l'origine récente. Chacune des cornes pourrait loger une noix. Les parois ventriculaires ne sont pas altérées.

Une coupe faite à deux centimètres en arrière ouvre le foyer hémorrhagique principal. Celui-ci siège dans l'hémisphère droit. La consistance du caillot, la désorganisation de la substance cérébrale, qui traîne en filaments désagrégés sur les bords du caillot sanguin, démontrent que cette hémorrhagie remonte à une date plus éloignée que l'hémorrhagie ventriculaire.

Une grande partie de la couche optique est détruite par cette hémorrhagie, ainsi qu'une partie du corps strié et de la capsule interne. Autour de la cavité que le sang s'est creusée, on voit les traces d'une encéphalite manifeste. Sur les coupes plus postérieures, on retrouve l'hémorrhagie ventriculaire, et le sang remplit des deux côtés les cornes sphénoïdales et occipitales dont les cavités sont notablement dilatées.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve les *poumons* très emphysémateux.

Le *péricarde* est couvert d'une épaisse couche de graisse qui mesure par places plus d'un centimètre. On trouve, appendus au feuillet externe, d'énormes pelotons graisseux qui surchargent la surface de l'épiploon.

La graisse recouvre seulement le péricarde; on retrouve en effet la membrane au-dessous transparente et légèrement épaissie. Il n'y a pas de traces de péricardite.

La surface du cœur est aussi revêtue d'une couche de graisse épaisse, dissimulant presque complètement le tissu cardiaque. Cette couche présente un aspect tomenteux; elle est sillonnée de rides irrégulières et profondes.

L'*aorte*, à son origine, est considérablement dilatée et un peu amincie. Elle offre une cavité arrondie qui pourrait facilement loger une mandarine. Les *valvules aortiques* sont saines.

La *valvule mitrale* présente quelques noyaux durs, insuffisants cependant pour entraver son jeu normal. Le muscle de ce côté paraît sain et ne porte pas de traces de myocardite.

Au *cœur droit*, la paroi présente un amincissement tel qu'en certains endroits elle semble exclusivement formée par la couche graisseuse de revêtement, et c'est à peine s'il y a un à deux millimètres de muscle cardiaque.

Les valvules ne présentent pas de lésion.

Le *foie* présente à la coupe cette teinte jaune piquetée de brun foncé qui est le type du foie muscade.

Les *reins*, noyés dans une atmosphère celluleuse énorme, sont très irréguliers à leur surface, granuleux. On y remarque plusieurs kystes, dont l'un, assez gros, présente le volume d'un œuf de pigeon.

---

triompher, pour l'organisation de la nouvelle École, on put rapidement constater d'excellents résultats qui furent principalement dns à l'institution du répétitorat qui a permis aux maîtres d'aujourd'hui de faire leur début dans le professorat.

En 1865, la croix de commandeur de la Légion d'honneur apportait une légitime récompense au savant directeur de l'École de santé.

Le 7 janvier 1869, M. Sédillot quittait le service militaire, heureux « de pouvoir sans préoccupation hiérarchique ou disciplinaire » se consacrer à sa clinique. La même année, il publiait un important mémoire sur la trépanation.

M. Sédillot a toujours été partisan de la trépanation; il n'a cessé de protester contre les théories de Malgaigne et contre les allégations de Stromeyer, qui affirmait, comme vous pouvez vous le rappeler, qu'un chirurgien ne peut songer à trépaner que s'il est tombé lui-même sur la tête.

M. Sédillot voulait qu'on opérât de bonne heure. Si, pour intervenir, il faut attendre le début des accidents, « c'est opérer, disait-il, lorsqu'il n'est plus temps, et, dans le doute d'une fracture de la table interne, il vaut mieux faire une trépanation exploratrice que de laisser éclater des lésions qu'on ne peut plus enrayer. »

Les événements de 1870 allaient donner à M. Sédillot la triste occasion de refaire de la chirurgie de guerre. Les premiers combats avaient inondé de blessés les villages environnants de Strasbourg. M. Sédillot va prendre à Haguenau le service de l'hôpital. Mais, au milieu de ces graves événements, la science ne perd pas ses droits, et il recueille des observations qui modifient ses opinions sur le traitement des fractures des membres par armes à feu. Jamais M. Sédillot n'avait été un adepte de la chirurgie conservatrice, mais l'occlusion et l'immobilité lui donnent de bons résultats qu'il fera connaître à l'Académie des sciences, par les soins de M. le baron Larrey « heureux, lui dit-il, de pouvoir glorifier vos idées et celles de mon maître, votre illustre père ».

Rentré à Strasbourg, M. Sédillot y trouve la ruine et le pillage; toutes les collections de l'École ont été encaissées et expédiées en Allemagne. « Elles seront très probablement perdues, dit-il dans une lettre, à moins que nous ne les retrouvions un jour à Berlin. Strasbourg ne se relèvera pas de sa chute. L'Allemagne est trop inférieure à la France sous tous les rapports, sciences, arts, in-

A la coupe, la substance corticale est très diminuée et forme une mince couche autour du rein.

Cette observation nous paraît présenter plusieurs points intéressants

1o Les deux foyers hémorrhagiques ne sont pas du même âge : l'un (celui qui intéresse la capsule interne et la couche optique) est le plus ancien, ainsi que le prouvent les caractères du caillot et l'inflammation du tissu cérébral environnant. C'est lui, selon toute apparence, qui a donné lieu aux premiers accidents.

L'autre au contraire est de date plus récente, car le sang n'y était pas encore coagulé. Il a eu pour origine le premier foyer et le sang s'est frayé une voie du côté des ventricules qu'il a remplis et dilatés. C'est à la suite de ce nouveau raptus sanguin que le malade a succombé.

Les signes cliniques n'ont cependant pas traduit les deux périodes de cette hémorrhagie. La première s'est révélée par la paralysie qui subitement a envahi le côté gauche du malade.

Quant à la seconde, il est difficile de préciser le moment de son apparition, car, bien que pénétrant dans les ventricules, elle n'a provoqué ni convulsions ni contracture.

2o Remarquons aussi la paralysie du pharynx et de l'œsophage, qui n'appartient à aucune des localisations connues des centres intéressés par l'hémorrhagie.

3o Enfin, au point de vue étiologique, l'athérome nous paraît avoir joué ici le plus grand rôle. Il est permis cependant de se demander si la surcharge graisseuse énorme du cœur et du péricarde, et l'énorme dilatation de l'aorte, n'ont pas aussi joué un certain rôle dans la production de cette hémorrhagie.

REVUE CRITIQUE

EXTIRPATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE

Il en est de l'histoire de cette opération comme de beaucoup d'autres : on ne sait qui pratiqua la première hystérectomie. Ce qu'il y a de certain, c'est que, née peut-être avant notre siècle, c'est au moins dans le nôtre qu'elle a grandi. Ce n'est guère que depuis quelques années qu'on extirpe l'utérus : cette opération était inventée depuis longtemps qu'elle n'était pas encore une opération courante. Chose étrange ! on n'enlève guère aujourd'hui l'utérus (au moins en France) que par la paroi abdominale ; c'est au contraire l'extirpation par le vagin qui fut pratiquée la première dans notre siècle. La colpo-hystérectomie a précédé de trente ans la laparo-hystérectomie. En France, c'est Récamier qui le premier fit cette opération ; avant lui, Langenbeck, Santer et Blundell, à l'étranger, l'avaient déjà pratiquée.

Puis la colpo-hystérectomie tomba dans l'oubli ; on reprit en Allemagne l'étude de son manuel opératoire, de ses indications, de sa valeur comparative, et, depuis 1878, bien souvent cette opération était faite suivant les règles formulées par Récamier, qu'en France on ne songeait point à un retour vers cette chirurgie qui semblait aventureuse.

Il y a deux ans, M. Demons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, pratiquait avec succès la colpo-hystérectomie ; deux autres chirurgiens de la même ville, encouragés par l'iseue heureuse de l'opération, en tentaient de nouvellee, et il y a quelques mois seulement paraissait un mémoire d'un interne des hôpitaux de Bordeaux où l'auteur, M. Doche, étudiait, sur les conseils de son maître, lee indications, le manuel opératoire, les avantages et les dangers de cette opération ; remarquable travail où tout est judicieusement pesé et analysé, où sont appréciés les différents procédés opératoires jusqu'alors mis en œuvre, où est décrite longuement la méthode employée par M. Demons, où sont détaillées avec soin les observations de quelques malades, où sont précisées les indications en cas de cancer et où est faite, basée sur la statistique, une comparaison entre la laparo et la colpo-hystérectomie.

Malheureusement il manque à cette thèse un dernier chapitre. L'auteur étudie seulement la colpo-hystérectomie dans les cas de cancer utérin, et la question de savoir dans quelles proportions, dans quelles circonstances, au bout de quel temps et dans quel endroit de préférence se fait la récidive, n'est pas traitée. Or, c'est là aujourd'hui un des arguments principaux contre cette opération, qu'elle ne saurait avoir d'autres prétentions que celles d'une opération palliative. Il est à désirer que M. Doche tienne sa promesse et qu'il approfondisse cette étude ; seuls, en effet, lee résultats définitifs permet-

---

dustrie, moralité, et ne peut qu'abaisser Strasbourg par ses idées et ses mœurs rétrogrades. L'Alsace n'a jamais été allemande et nous ne l'avions pas conquise. Elle s'était volontairement donnée à nous qui la traitions avec libéralité et affection. »

M. Sédillot ne voulut pas assister à la déchéance de la grande cité qu'il considérait comme son pays natal; refusant la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy, il quitta Strasbourg et vint s'établir à Paris, bien accablé et bien effrayé de l'avenir.

M. Sédillot avait toujours ambitionné l'insigne honneur d'être nommé membre de l'Académie des sciences, mais deux fois il avait échoué, et, dans la tristesse de son cœur, il ne voulait plus y songer : « Vous faites mirer à mes yeux, disait-il, mon ancienne ambition académique ; mais où j'ai échoué, j'échouerai encore ; je suis trop vieux, je manque d'ardeur. » Lorsque la mort de M. Laugier laissa une place vacante, il fallut toute l'influence de l'amitié pour l'engager à se mettre sur les rangs.

Vous vous rappelez, messieurs, dans quelles conditions se présentait cette élection. L'Académie semblait vouloir ne plus accueillir que des savants et paraissait, suivant l'expression de M. Sédillot, vouloir chasser la médecine, l'art par excellence, l'art divin.

Enfin, le 25 juin 1872, il était nommé et voyait ainsi réaliser son vœu le plus cher.

Toujours sur la brèche, M. Sédillot vient à l'Académie de médecine soutenir la nécessité de l'émancipation du corps de santé de l'armée ; à l'Académie des sciences, il fera applaudir de beaux rapports sur les découvertes de Lister et de Pasteur ; il publiera son livre du relèvement de la France, dans lequel il montrera tout ce que l'instruction et l'éducation peuvent sur le perfectionnement individuel et le rôle qui incombe, dans ce grand mouvement, au médecin.

Mais M. Sédillot voit ses forces s'affaiblir ; attristé par une surdité de plus en plus prononcée, il se renferme dans son appartement, ne voulant plus recevoir ; frappé d'hémiplégie, il consentit enfin à se rendre à Sainte-Menehould, chez son fils, où, avec le calme et la résignation d'un savant et d'un croyant, il s'éteignit le 29 janvier 1883.

M. Sédillot restera comme une des grandes figures de la chirurgie de notre siècle ; ses découvertes, ses ingénieux procédés, son enseignement le placent au premier rang.

Au moment de prendre sa retraite, M. Sédillot avait voulu, dans

tront de juger définitivement la colpo-hystérectomie. Nous ferons à son excellent travail de nombreux emprunts.

Quand on étudie la série des procédés employés par les différents chirurgiens pour extirper l'utérus par le vagin, on voit qu'en définitive ils ont tous entre eux de grands points de ressemblance : on abaisse l'utérus, on dégage le col à l'aide d'incisions faites à la partie supérieure du vagin, on ouvre le péritoine, on lie les ligaments larges et on renverse l'utérus pour l'extraire. Reste le pansement de la plaie.

Mais ces divers temps de l'opération, chaque chirurgien y pourvoit à sa façon, on abaisse l'utérus avec des instruments différents, d'autres opèrent *in situ*, les incisions circumcervicales ne sont pas les mêmes; on renverse l'utérus en avant ou en arrière et à l'aide de moyens divers; d'autres ne le renversent pas. Le mode de ligature et la conduite à tenir vis-à-vis de la plaie sont peut-être les deux éléments principaux de l'opération, et, comme tels, ceux où les méthodes sont le plus nombreuses. Des chirurgiens ne lient pas : c'est l'exception. Blundell, Santer, Henning, n'ont pas eu d'hémorhagies après la section des ligaments larges et l'absence de toute ligature. Mais des vaisseaux importants abordent l'utérus par le ligament large, et il est de toute prudence de pourvoir à l'hémostase. Quatre procédés de ligature sont employés : 1° lier chaque vaisseau un à un; 2° lier le ligament large en deux ou trois faisceaux; 3° le lier en masse; 4° marier deux méthodes et placer un fil sur chaque vaisseau pris à part après avoir fait la ligature en masse ou en faisceaux; c'est le procédé qu'emploient quelques chirurgiens pour le cordon spermatique. On peut, du reste, lier avant ou après la section; il est plus prudent de lier avant. De même chacun modifie l'instrumentation ou les agents de la striction : on lie avec le fil de soie, le catgut, des fils élastiques; on sectionne les ligaments larges avec le bistouri, le thermocautère, l'anse galvanique, l'écraseur, etc. Le pansement subit les mêmes modifications : des chirurgiens réunissent les plaies vaginale et péritonéale à l'aide de sutures profondes et superficielles; d'autres laissent largement béant le cul-de-sac péritonéal qu'ils ont ouvert; les uns drainent, les autres ne drainent pas; quelques-uns font de l'irrigation continue; d'autres introduisent dans le vagin des tampons d'ouate iodoformée, etc. La colpo-hystérectomie fût-elle plus vieille qu'elle n'est, on trouverait autant et plus de méthodes ou de procédés différents : il n'est pas beaucoup d'opérations, si simples et si anciennes, qui soient absolument réglées et que tous les chirurgiens emploient pour elles un mode invariable.

En somme, dans un cas simple, qu'on doit prendre comme type, l'extirpation de l'utérus par le vagin se résume en quatre temps, nettement précisés dans la thèse de M. Doche et dans la revue générale de M. Demons : 1° abaissement de l'utérus; 2° incision du vagin et décollement du col; 3° ouverture du péritoine et renversement de l'utérus; 4° ligature des ligaments larges. Puis on panse. En tout cas, il a fallu, avant pourvoir à toutes les exigences de l'asepsie anté-opératoire au moyen de lavages vaginaux et vulvaires à l'aide de chlorure de zinc ou d'eau phéniquée. Cette opération en apparence peu compliquée est difficile, et l'est davantage encore quand quelque état pathologique antérieur vient en modifier les conditions principales. Ainsi quand le col utérin est envahi en entier par le néoplasme, il se peut que les végétations fongueuses et mollasses du cancer ne permettent pas aux pinces de Museux ou de Demons de prendre leur point d'appui assez solide; le tissu se déchire, et l'abaissement est difficile. Ailleurs, ce sont des adhérences, résultat d'une ancienne pelvipéritonite ou phlegmon chronique des ligaments larges : l'abaissement devient impossible; il faut opérer *in situ*, et la décortication de l'utérus, pour ainsi dire, devient des plus difficiles.

Chez quelques vieilles femmes, on rencontre des oblitérations partielles du vagin ou un rétrécissement de l'anneau vulvaire : autant de conditions qui gênent le chirurgien, surtout dans le premier temps de l'opération. De même il n'est pas toujours facile, pour faire les ligatures isolées, de trouver l'artère utérine dans le bord adhérent du ligament large, au milieu du tissu cellulaire infiltré de ce repli péritonéal.

Dans quelques cas, les dangers proviennent de conditions anatomiques normales : c'est ainsi qu'on peut blesser les urétères et la vessie, ou voir les intestins faire saillie au niveau de l'ouvertute péritonéale. On sait que Récamier dut réduire un appendice épiploïque.

Ici, comme dans toute opération abdominale, cinq accidents consécutifs sont surtout à redouter; le shock traumatique, rare d'après M. Demons, l'hémorrhagie post-opératoire, la péritonite, la phlébite des veines utérines, la rétention du pus et la septicémie consécutive. On conçoit la gravité d'une hémorrhagie secondaire, soit qu'elle se fasse en dehors par le

---

deux volumes intitulés : *Contributions à la chirurgie*, réunir toutes les communications dont il avait enrichi les revues et les journaux : « La vie, de nos jours, disait-il, est si occupée et si active; le milieu de nos agitations si mouvant, les institutions si variables, l'instabilité si grande; tout se succède et s'oublie avec une telle rapidité qu'il vient un moment où l'on est disposé à jeter les yeux sur la carrière que l'on a parcourue, en se demandant quel en a été l'esprit, la direction, la portée. C'est une sorte de revue où se reflète le caractère du temps où l'on a vécu et dans la science expérimentale dont la marche est transitoire, il est permis de dresser le tableau de ses propres œuvres et de les disputer un moment au moins à l'oubli. »

M. Sédillot pouvait regarder avec orgueil son passé, et sans crainte la postérité : son nom ne périra pas, ses œuvres en sont de sûrs garants; mais M. Sédillot était de la famille de ces grands cliniciens jetant, à pleines mains et sans compter, idées nouvelles, préceptes, observations dont il ne reste bientôt que le souvenir.

Aussi, quel ne dut pas être le déchirement de cœur de M. Sédillot assistant à l'effondrement de cette brillante Ecole qu'il avait créée et voyant ses élèves dispersés par la force brutale!

Mais tous ne sont pas partis; quelques-uns sont restés là-bas, conservant les traditions du maître vénéré et portant haut et ferme le drapeau de la chirurgie française.

Merci à ces fiers enfants de France, comme l'a dit le poëte, qui

Gardant l'espoir au fond de leurs cœurs résolus,
Sont toujours là pleurant sur ceux qui n'y sont plus.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Aug. Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses le dimanche 15 février à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital Beaujon. — Le docteur Léon Labbé a repris ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Beaujon le mardi 10 février 1885, et les continuera les mardis suivants. Visite des malades à huit heures et demie. — Leçon et opérations à neuf heures précises.

vagin, ou en dedans, de façon à constituer une hématocèle accidentelle, mais contre laquelle, de toute façon, on n'aura guère de recours, tant il serait difficile d'aller porter aussi profondément l'action d'un hémostatique de quelque valeur (ligature, etc.).

Il est donc d'une grande importance d'apporter aux ligatures le plus grand soin. L'asepsie minutieuse luttera le plus ordinairement contre la péritonite.

Est-ce à une affection inflammatoire des veines utérines et à la formation consécutive d'un caillot dans la fémorale, ou bien à l'état cachectique du sujet, qu'il faut attribuer le cas *phlegmatia alba dolens* signalé par M. Demons?

Quant à la rétention du pus et à la septicémie, elles sont assez faciles à éviter par le drainage vaginal et l'emploi des antiseptiques (jusqu'à l'empoisonnement exclusivement), car on sait que quelques malades sont mortes en Allemagne d'intoxication iodoformique.

Dans les cas où on emploie les tampons d'ouate vaginaux, on conçoit qu'ils puissent, par compression, déterminer quelques troubles fonctionnels dans les organes voisins, la vessie, le rectum, le clitoris. Une malade de M. Demons avait des rêves érotiques deux jours après l'opération.

Telle est, en elle-même et dans les accidents qui peuvent l'accompagner ou la suivre, la colpo-hystérectomie. Dans quels cas peut-elle être pratiquée? quelle est sa gravité? quels sont ses résultats? Partant, quelle est sa valeur? Il y aurait témérité à tenter une réponse à ces différentes questions.

P. SÉBILEAU.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DE PATHOLOGIE EXTERNE (1re partie). — MALADIE DES TISSUS, par PAUL RECLUS, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux. — Paris, Masson, éditeur, 1885.

L'ouvrage que M. Reclus vient de publier sous le titre trop modeste de *manuel* n'est que le premier volume d'une publication qu'il fait en collaboration avec trois des agrégés les plus distingués de notre École.

A côté des excellents traités de pathologie externe que nous possédons dans notre littérature, la place devait sembler *à priori* bien restreinte pour un nouveau venu; mais cet ouvrage présente un cachet si spécial que je pense, au contraire, qu'il en occupera une importante près de ses aînés. J'en veux donner les raisons. Soucieux à bon droit de s'instruire ailleurs que dans les manuels plus ou moins minuscules que bien des raisons que je veux taire multiplient malheureusement de nos jours, au grand préjudice de l'éducation médicale, l'élève, ou le praticien, se trouve ordinairement dans la nécessité de recourir à des traités volumineux où son inexpérience dans les recherches bibliographiques le fait souvent sombrer dans des questions de doctrine, et lui fait perdre de vue les notions cliniques qu'il y recherche. Ne voit-on pas chaque jour, pour ne citer qu'un exemple, des jeunes gens arrivés au terme de leurs études médicales ne connaître du phlegmon diffus et de la laryngite que les questions doctrinales, et se trouver dans l'impossibilité, non seulement de les reconnaître au lit du malade, mais même d'en indiquer dans une interrogation les caractères les plus classiques?

Certes les questions théoriques doivent occuper une large place dans les études médicales; mais elles doivent venir au second plan, si je puis dire, elles doivent éclairer les notions acquises par l'observation clinique, leur venir en aide, mais jamais se substituer à elles.

Un livre mettant donc en relief les notions cliniques indispensables au diagnostic et n'accordant qu'une place suffisante, mais non prépondérante, aux controverses scientifiques, devait avoir une grande utilité pour le public auquel il s'adresse.

M. Reclus a rempli ce programme d'une façon remarquable, et je suis sûr que l'auteur en a conçu l'idée au contact des élèves, dans son enseignement clinique et dans les examens.

Rédigé dans cet esprit, un tel ouvrage doit être élémentaire, et c'est là son mérite. Mais il est plus difficile assurément de présenter clairement et succinctement une question de la pathologie que d'encombrer un chapitre de documents nombreux, d'une valeur souvent contestable.

Il faut encore, pour mener à bonne fin une entreprise de ce genre, n'être pas un compilateur, mais un clinicien habitué de longue date aux difficultés de l'observation clinique et un professeur versé dans l'art si difficile de l'exposition claire et méthodique. Ceux qui connaissent M. Reclus savent combien ses qualités de clinicien et de professeur, son talent d'écrivain le rendaient apte à remplir cette tâche difficile. Bien des chapitres sont de vrais modèles de description qui ne manqueront pas d'être utilisés par beaucoup. Mais ce livre sera surtout pour nos élèves un excellent guide qui ne contribuera pas peu, j'en suis sûr, à développer en eux le sens clinique et à les entraîner vers l'hôpital. J'espère encore que, n'affectant pas un caractère encyclopédique, il leur donnera le goût de puiser dans les monographies, qui forment le meilleur fonds de la littérature médicale dans notre pays, le complément d'instruction que ne peut et ne doit donner le traité le plus complet.

Ce livre, en résumé, ne peut manquer d'avoir un légitime succès qu'il mérite: que les distingués collègues de l'auteur se hâtent donc de faire paraître la fin de cet ouvrage si impatiemment attendu.

PICQUÉ.

REVUE DES THÈSES

DES VARIÉTÉS RARES DE LA HERNIE CRURALE, par M. LOUMEAU, interne des hôpitaux de Bordeaux, 1885.

Encouragé par son maître, M. le professeur agrégé Boursier, M. Loumeau, après avoir lu la thèse d'agrégation de M. Duret sur les *variétés rares de la hernie inguinale* (1883), choisit comme sujet de son travail inaugural l'étude des anomalies principales de la hernie crurale.

Il range ces anomalies sous plusieurs chefs: 1° anomalies du lieu d'irruption et du trajet fémoral; 2° anomalies des enveloppes; 3° anomalies du contenu.

Suivant que la hernie crurale se fait en dehors de l'artère épigastrique, par l'anneau lui-même, ou en refoulant le ligament de Gimbernat, elle est externe, moyenne ou interne. La première et la dernière sont déjà des anomalies, des variétés rares que l'auteur étudie sous le nom de *hernie d'Arnaud* et de *hernie de Laugier*. La seconde, au contraire, est la hernie crurale type: suivant qu'elle proémine plus ou moins, elle s'appelle *pointe de hernie, hernie interstitielle, hernie com-*

plète. Mais, normale par son lieu d'irruption, elle devient quelquefois anormale par son trajet, et dès lors sont constitués de nouveaux et nombreux types que M. Loumeau étudie tour à tour dans leur pathogénie, leurs symptômes et leur diagnostic. Ce sont : la *hernie au-devant des vaisseaux fémoraux*, la *hernie de Béclard*, la *hernie d'Hesselbach*, la *hernie d'Astley Cooper*, la *hernie de Cloquet*. Leur ensemble constitue le plus long et le plus intéressant chapitre de la thèse. Des faits nombreux y sont accumulés, et l'auteur en tire des conclusions pratiques d'un haut intérêt.

Dans d'autres cas, la hernie crurale devient anomale par ses enveloppes : telle la hernie sans sac, la hernie à sac double dans la même gaîne, la hernie à sac diverticulaire subjacent ou latéral, la hernie à collets multiples et superposés dont fait partie la cruro-propéritonéale, sous-variété dont l'auteur étudie successivement le mode pathogénique, les symptômes et le diagnostic si difficile « *qu'il ne se fait guère que pendant l'opération et plus ordinairement à l'autopsie* ».

Le troisième chapitre de la thèse est réservé aux hernies anomales par leur contenu ; ainsi sont passées en revue les hernies volumineuses, les hernies avec valvules, la hernie crurale épiploïque, la hernie crurale graisseuse, la hernie cœcale et celle de l'appendice vermiforme, la hernie avec diverticules intestinaux, la cystocèle crurale, l'ovariocèle crurale, la hernie du testicule, de la vésicule biliaire, celles à contenu liquide (fausse hernie), celles dont le sac est vide ou oblitéré.

Enfin, avant de synthétiser en quelques pages son long travail, l'auteur, comparant quelques observations, se demande si la hernie crurale congénitale existe et conclut : « Quelque réserve que l'on doive mettre à accepter des faits aussi exceptionnels et aussi peu conformes aux idées généralement admises, nous ne pouvons nous défendre de les donner comme exemples bien avérés de hernie crurale congénitale ».

Savant travail, d'une grande richesse bibliographique, plein de faits puisés à des sources nombreuses, disposés avec une méthode irréprochable, et de la comparaison desquels l'auteur tire, à chaque chapitre, des lois générales de séméiologie et de diagnostic de la hernie crurale.

P. SÉBILEAU.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DIATHÈSE NÉOPLASIQUE. — DE LA PLURALITÉ DES NÉOPLASMES CHEZ UN MÊME SUJET ET DANS LA MÊME FAMILLE. — Thèse, par A. RICARD, prosecteur des hôpitaux.

Élève du professeur Verneuil, M. Ricard soutient dans sa thèse, avec un rare talent, une des théories favorites de son maître. M. Verneuil a déposé ce travail sur le bureau de la Société de chirurgie comme un ouvrage où se trouvent complètement exposées et défendues les idées qu'il professe sur la multiplicité des tumeurs.

Voici l'idée générale du sujet : lorsque des manifestations multiples et de même ordre surviennent sur le même individu, chacun est d'accord pour les rattacher à une commune origine. Pourquoi cette opinion généralement adoptée ne serait-elle pas vraie lorsqu'il s'agit de tumeurs? De là l'idée d'une commune diathèse présidant au développement des néoplasmes. La différence du pronostic, la classification des tumeurs en bénignes et malignes ne sauraient les séparer au point de vue étiologique, et M. Ricard démontre, à l'aide de faits fort nombreux et aussi instructifs qu'intéressants, que toutes les tumeurs bénignes peuvent se combiner, se succéder entre elles, et même, à une certaine période de leur existence, se transformer en tumeurs malignes. L'examen attentif de l'évolution des néoplasmes et surtout l'étude raisonnée de cette question si difficile de la dégénérescence, amènent l'auteur à formuler cette conclusion : la bénignité et la malignité ne constituent pas une barrière infranchissable entre deux catégories distinctes de tumeurs ; elles sont deux manières d'être dissemblables d'une même affection, dont les manifestations sont tantôt graves, tantôt légères, tout en restant identiques dans leur essence.

Cette thèse est divisée en quatre chapitres : dans le premier, l'auteur étudie la pluralité des tumeurs bénignes, qu'elles soient ou non de même nature ; le deuxième chapitre porte sur la multiplicité des tumeurs malignes ; dans la troisième partie de la thèse, on trouve la pluralité des néoplasmes bénins et malins coexistant ou se succédant sur le même individu, se transformant l'un dans l'autre, et établissant ainsi un lien indestructible entre les diverses catégories de tumeurs.

Enfin, en terminant, l'auteur apporte un nouvel appoint à son opinion dans l'étude de la néoplasie chez les différents membres d'une même famille.

Ajoutons que cette thèse, qui mérite de prendre place au milieu des ouvrages de pathologie générale, constitue la première œuvre d'un travail que M. Verneuil et ses élèves vont publier sur la *diathèse néoplasique*.

PAUL DALCHÉ.

NOTES & INFORMATIONS

LES SYNDICATS MÉDICAUX DEVANT LA COUR DE CAEN. — Nos lecteurs se rappellent le jugement du tribunal de Domfront qui a débouté le syndicat médical de cette ville de poursuites en partie civile contre un rebouteur, sous prétexte que la profession médicale n'entre pas dans la catégorie de celles auxquelles s'applique la récente loi sur les syndicats. La cour de Caen, devant laquelle le syndicat médical avait fait appel, vient de confirmer le jugement du tribunal de Domfront. D'après cette jurisprudence, les médecins n'auraient pas le droit de se constituer en syndicat professionnel. La question, si grave pour les intérêts généraux du corps médical, sera portée devant la Cour de cassation. En attendant la décision de la cour suprême, nous aurons occasion de revenir sur cet important sujet.

— RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Cette réunion a eu lieu dimanche dernier, sous la présidence de M. Le Roy de Méricourt, vice-président. M. Gosselin, retenu loin des séances par son état de santé, a donné sa démission de président et désigné M. Lannelongue pour lui succéder. Son choix a été sanctionné par l'Assemblée: M. Lannelongue a été élu président de la Société centrale.

Après une allocution de M. Le Roy de Méricourt, M. Piogey a fait connaître la situation morale et M. Brun la situation financière de la Société. Dix-neuf sociétaires sont morts dans

le courant de l'année dernière ; trente-trois nouveaux membres sont venus combler les vides. Le nombre des sociétaires est de 821.

Les recettes, pendant le dernier exercice, en y comprenant un reliquat de 2,000 fr. 94 de l'exercice précédent, se sont élevées à 18,917 fr. 94.

La Commission administrative a versé 5,000 fr. à la Caisse des pensions viagères et réparti 5,650 fr. en secours entre 56 personnes, dont 4 sociétaires, 17 veuves de sociétaires, 4 enfants ou ascendants de sociétaires, 5 médecins étrangers à l'Association et 26 personnes étrangères à l'Association, mais rattachées par quelque lien à la famille médicale.

La Société possède un fonds de réserve de 53,000 fr. déposés à la Caisse des dépôts et consignations.

La situation, on le voit, est des plus prospères.

La Commission administrative a été partiellement renouvelée, comme d'abitude ; dix membres ont été nommés pour trois ans.

— La conférence *Scientia*. — Cette conférence a tenu avant-hier, jeudi soir, sa seconde réunion. Le banquet était offert à M. Pasteur et présidé par M. Charles Richet. Les convives atteignaient presque la centaine et comprenaient, outre les représentants de la presse scientifique, bon nombre de membres de l'Institut et d'autres savants.

Au dessert, M. Ch. Richet a porté, en termes émus et chaleureusement applaudis, un toast à M. Pasteur et à ses immortelles découvertes.

M. Pasteur a répondu par un toast à la presse scientifique qui, dans notre siècle, a concouru pour une si large part aux progrès de la science et de ses applications.

M. Laborde, dans une heureuse improvisation, a remercié les organisateurs de la conférence *Scientia* de la place honorable qu'ils ont réservée à la presse médicale.

Après le café, et comme pour justifier le titre de *conférence* donné à ces réunions périodiques de la presse scientifique, on a entendu une conférence de M. Verneuil sur les progrès de la chirurgie depuis quarante ans. En 1845, M. Verneuil était interne de Lisfranc dans le service de la Pitié qu'il occupe aujourd'hui comme professeur de clinique. De la comparaison des résultats qu'on obtenait alors avec ceux qu'on observe aujourd'hui, M. Verneuil a fait ressortir toutes les conquêtes chirurgicales modernes, depuis l'anesthésie jusqu'à la méthode antiseptique. Il a tenu pendant près d'une heure l'auditoire sous le charme de sa parole, et les applaudissements unanimes qui ont accueilli sa péroraison ont clos dignement cette agréable soirée.

— Société protectrice de l'enfance de Paris. — Dimanche prochain, 15 février, à 1 heure, aura lieu dans les salons de l'Hôtel Continental le premier des deux grands bals d'enfants parés et costumés que donne chaque année la Société protectrice de l'enfance sous le patronage des jeunes membres bienfaiteurs de l'œuvre. C'est toujours une heureuse idée de faire servir le plaisir des uns au soulagement des autres, mais cette forme de charité convient tout particulièrement au cas présent, et tous ceux qui s'intéressent à la cause de la première enfance rivaliseront de zèle pour que la fête de dimanche ne soit ni moins belle, ni moins gaie, ni moins productive pour les pauvres déshérités que les années précédentes.

— Un des hommes les plus riches du monde, sinon le plus riche, M. Wandebilt, vient de faire un don de 2 millions 1/2 de francs au Collège médico-chirurgical de New-York. Ce don est destiné à la construction d'un édifice digne de cette institution.

R. F. D.

* * *

NOUVELLES

AVIS

Nous rappelons à nos lecteurs que le siége de la direction et de la rédaction de la Gazette médicale *est transféré 85, avenue Montaigne. Nous les prions de nous envoyer à cette nouvelle adresse, lettres, manuscrits, livres, journaux. Le bureau d'abonnement reste toujours à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon ; c'est là que doivent être adressées, pour éviter des retards, toutes les réclamations relatives au service du journal.*

Nécrologie — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Mallez, qui s'était fait, dans la spécialité des maladies des voies urinaires, une haute situation. Notre regretté confrère ayant exprimé la volonté que ses funérailles fussent faites sans pompe et sans invitation aucune, ses amis, dont plusieurs malheureusement ont été prévenus trop tard, lui ont rendu les derniers devoirs le samedi 7 février à l'église Saint-Roch. L'inhumation a eu lieu à Valenciennes.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sarret, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'Assistance publique, décédé le 7 février 1885, dans sa soixante et onzième année ; — de M. le docteur Domec, professeur à la Faculté de médecine libre de Lille ; de M. le docteur Roustan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— C'est avec un profond regret que nous annonçons la mort d'un des plus laborieux dermatologistes italiens. Le professeur Vincent Tanturri, qu'une cruelle maladie tenait depuis déjà plusieurs années éloigné de ses recherches scientifiques, vient de s'éteindre le 31 janvier, à Scanno (dans l'Abruzze ultérieure 2me). Si nous croyons le journal qu'il a enrichi de ses meilleurs travaux, Il Morgagni, ses leçons cliniques étaient aussi pleines d'attrait que sa physionomie était sympathique. Il suffira de rappeler ses publications sur le *mycosis fongoïde*, sur le *zona*, sur les *angiomes cutanés*, sur les *sarcomes pigmentaires*, sur l'*herpès tonsurans*, sans oublier la *syphilis* qui fut en quelque sorte le sujet de prédilection de ses études les plus personnelles et les plus pénibles.

L'affaiblissement prématuré, puis la perte de ses facultés intellectuelles, ont été un vrai bonheur pour Tanturri. Il n'a pu assister à la ruine de son organisme, et surtout il n'a pu ressentir le coup pour le moins déplorable que lui aurait porté le décret ministériel qui, trois ans avant la mort du titulaire, ouvrit un concours destiné à remplacer Tanturri dans la chaire qu'il avait si brillamment occupée pendant 18 ans. Quelle que soit l'estime, quels que soient les bons sentiments que l'on porte au successeur de Tanturri, au professeur actuel de pathologie cutanée de l'Université de Naples, on ne peut s'empêcher de penser avec le journal italien (Il Morgagni), que si la conduite adoptée vis-à-vis du professeur défunt se généralisait, on en viendrait facilement à regretter de consacrer toute sa vie au service de la science et de l'humanité.

L'Italie vient de perdre un médecin éminent ; nous associons notre deuil à celui de nos voisins.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

— Nous apprenons par le ROCCOGLITORE la mort du professeur Constanzo Mazzoni, président du Conseil supérieur d'hygiène du royaume d'Italie et l'un des meilleurs chirurgiens de Rome. C. Mazzoni est mort subitement le 3 février. P. F.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 9 février dernier, notre collaborateur, M. Grancher, a été nommé professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris. Cette consécration officielle du choix de la Faculté était attendue, on peut dire désirée, car la sympathie générale est depuis longtemps acquise au jeune professeur.

— M. de Thierry est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Vilain, démissionnaire.

— La séance générale annuelle de l'Académie des sciences de Paris est définitivement fixée au lundi 23 février 1885.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Charpy, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, à titre de suppléant, du cours d'anatomie, en remplacement de M. le professeur Paulet, en congé.

— M. Debierre, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Charpy.

— M. Didelot est chargé des fonctions de chef des travaux de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Muchemblec est nommé aide-préparateur d'histologie en remplacement de M. Legay, appelé à d'autres fonctions.

— M. Deroeux (Eugène-Cyprien) est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Thiery, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE LIBRE DE LILLE. — M. le docteur Jeannel, professeur de thérapeutique et de matière médicale, est nommé professeur honoraire.

M. le docteur Guermonprez est nommé professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale.

M. Victor Leplat est nommé préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret en date du 4 février 1885, M. Badal, docteur en médecine, est nommé professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux.

— M. Planteau, agrégé, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Testut, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le professeur Tourdes est maintenu pour cinq ans dans les fonctions de doyen.

* * *

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Trolher, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à ladite école (chaire transformée).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. Perret, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à ladite école (chaire transformée).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Raynaud est nommé préparateur de chimie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Astaix, directeur de l'École, est relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé directeur honoraire.

— M. le professeur Raymondaud est nommé directeur, en remplacement de M. Astaix, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le docteur Roux est chargé du cours de thérapeutique.

— M. Pauchon, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et médecine légale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le docteur Meunier est institué chef des travaux anatomiques.

* * *

Par arrêtés ministériels, en date du 6 février 1885 :

1° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le 4 novembre 1885 devant la Faculté de médecine de Paris ;

2° Le concours qui devait s'ouvrir le 15 février 1885 devant la Faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, l'autre à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est reporté au 23 du même mois ;

3° Le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est reporté au 16 mars 1885.

* * *

ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'Assistance publique vient de recevoir avis d'un legs de 496,000 francs fait par Mme Moulin pour la fondation de lits d'incurables.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE SAINTE-ANNE. — Par arrêté préfectoral, en date du 23 janvier 1885, M. le docteur Paul Dubuisson est nommé médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Briand, appelé à d'autres fonctions.

* * *

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — L'Académie royale de médecine de Turin a célébré, le 21 décembre dernier, le cinquantenaire de l'illustre professeur Sperino. En reconnaissance de cette manifestation — à laquelle s'étaient unis : le Conseil académique, la Faculté de médecine, la Société royale italienne d'hygiène, toutes les autorités locales et les administrations hospitalières — le professeur Sperino vient de fonder un prix annuel de 500 francs qui sera décerné par l'Académie, chaque année, le 21 décembre, à l'étudiant qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens du cours médico-chirurgical universitaire de Turin. A égalité de points, le prix sera décerné au plus jeune étudiant.

* * *

CONCOURS. — Un concours s'ouvrira le lundi 13 juillet 1885, à l'École de médecine d'Alger, pour un emploi de nouvelle création de chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Mustapha.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1884.

372. M. Pineau. Artério-sclérose et néphrite interstitielle considérées dans leurs rapports. — 373. M. Hamon-Dufougeray. Du ténia dans les hôpitaux maritimes de Lorient et de son traite-

ment. — 374. M. Sené. Etude sur quelques cas d'atropbie musculaire produite par les tumeurs malignes de la colonne vertébrale. — 375. M. Goudal. De l'aliénation mentale chez les vieillards. — 376. M. de Casaubon. De l'hystérie chez les jeunes garçons. — 377. M. Gourichon. Du traitement de la pleurésie par les pointes de feu. — 378. M. Quéhery. Contribution à l'étude des diabétides gangréneuses. — 379. M. Pauzat. Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par le *capsicum*. — 380. M. Pourrat. Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus. — 381. M. Lebreton. Etude sur les complications pulmonaires du rhumatisme et de l'arthritisme. — 382. M. Marey. Contribution à l'étude de la leucocythémie. — 383. M. Pennel. Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur. — 384. M. Metzger. De la lypémanie anxieuse. — 385. M. Deschamps. Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. — 386. M. Barbe. De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — 387. Mme Vve Sarraute. Etude microscopique d'un lithopædion.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 1er AU SAMEDI 7 JANVIER 1885.

Fièvre typhoïde 24. — Variole 0. — Rougeole 38. — Scarlatine 2. — Coqueluche 5. — Diphtérie, croup 31. — Choléra 0. — Dysenterie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 52. — Phthisie pulmonaire 195. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 70. — Bronchite aiguë 52. — Pneumonie 119. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40. — au sein et mixte 22. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 115. — de l'appareil circulatoire 88. — de l'appareil respiratoire 131. — de l'appareil digestif 52. — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 40. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1,220 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Étude sur l'hydropneumopéricarde médical, par Clément Armedey. In-8 de 64 pages. — Prix : 2 fr. — Librairie O. Doin, 8 place de l'Odéon.

De la pince à os et du cranioclaste, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. Un vol. grand in-8 de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par le docteur de Gennes. Un vol. in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50 — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CONGESTION RÉNALE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD ; recueillies par M. JUHEL-RENOY, chef de clinique adjoint à la Faculté.

Suite. — Voir le numéro précédent.

III

Que faut-il donc entendre par mal de Bright ? Amoindrissement obligé de son domaine. La clinique et l'anatomie pathologique s'accordent pour légitimer son démembrement.

Ceci m'amène, messieurs, à rechercher devant vous comment on doit définir le mal de Bright et à quelles affections ce terme répond. Aussi bien, nous pourrons alors, en toute connaissance de cause, décider si notre cas peut être classé sous cette dénomination.

Je ne vais pas vous redire par quelles patientes recherches et par quelles inductions le grand clinicien anglais a édifié cette maladie, qui porte si justement son nom. C'est un historique qui est traité dans vos livres classiques avec plus de détails et d'autorité que je ne saurais le faire. En revanche, ce qu'on sait moins, c'est qu'à l'heure actuelle la confusion la plus complète règne dans la maladie de Bright, et je vais vous en donner la preuve.

L'anatomie pathologique a établi peu à peu une synonymie entre l'expression de «maladie de Bright» et celui de «néphrite», si bien que le premier de ces termes a lentement envahi la plus grande partie de la pathologie rénale ; il en est résulté que l'anatomie pathologique, malgré ses laborieuses et incessantes recherches, n'est point encore arrivée à fixer les limites de ce qu'on doit décidément entendre par mal de Bright. Ceci vous fait toucher du doigt les motifs qui ont fait multiplier à l'excès les formes de cette maladie. La dichotomie première de néphrite parenchymateuse et de néphrite interstitielle, si séduisante par sa simplicité, n'a pu suffire aux progrès de l'anatomie pathologique. C'est pourquoi M. le professeur Jaccoud nous dit : « Au point de vue clinique, l'expression «mal de Bright» correspond à un état parfaitement défini ; en anatomie pathologique, elle n'a qu'une signification vague et confuse, parce qu'elle ne se rapporte pas à une lésion univoque » ; et à l'heure actuelle, en effet, il est impossible de superposer d'une manière absolue la clinique et l'anatomie pathologique des néphrites en leurs infinies variétés.

Ces vues ne me sont ni particulières ni inspirées par un scepticisme trop fréquent en médecine ; ouvrez l'ouvrage le plus récent que nous possédions sur la matière, je veux parler du beau livre de MM. Cornil et Brault, et vous lirez cette conclusion que les nombreuses formes anatomiques des néphrites, qui formaient naguère encore la base des classifications de celles-ci, n'ont plus de caractères assez tranchés pour qu'on puisse les rapporter à telle ou telle forme clinique. Et ces auteurs, repoussant la multiplicité de formes d'autrefois, tentent d'arriver à un accord, en réunissant à deux formes principales l'anatomie pathologique des néphrites.

FEUILLETON

Sur la géographie médicale (1)

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

III. UN ESSAI D'ANTHROPO-PATHOLOGIE DARWINIENNE. — LA GÉOGRAPHIE MÉDICALE DU DOCTEUR A. BORDIER (2).

M. Bordier a traité son sujet bien moins en pathologiste qu'en anthropologiste, et encore est-ce en anthropologiste nettement partisan du transformisme et opposé au monogénisme. A tel point que dans beaucoup de ses pages M. Bordier semble plutôt plaider une cause qu'enseigner didactiquement la géographie médicale. On dirait qu'il aspire surtout à créer des adeptes et à attirer des disciples aux théories de Darwin ; cette arrière-pensée de prosélytisme se montre dès la préface.

A l'inverse du pathologiste, qui reste frappé de l'identité des phénomènes pathologiques observés dans la série animale et de ceux qu'on observe chez l'homme, l'anthropologiste, d'après M. Bordier « constate, il est vrai, les plus grands rapports dans les maladies que présentent les hommes de toutes races, sous tous les climats, mais il est forcé de noter des différences importantes, non seulement dans la manière dont les hommes de race et de climat différents expriment une même maladie, mais encore dans l'aptitude que certaines races présentent et dans l'immunité dont certaines autres semblent jouir pour quelques maladies. » Puis M. Bordier ajoute : « *La pathologie comparée des races humaines* fournit ainsi, contre le monogénisme, des arguments tout aussi puissants que ceux qui sont empruntés à l'anatomie des organes profonds ou à l'étude des formes et des proportions. Le titre d'*Anthropologie pathologique* eût donc pu convenir à ce livre, si celui de *Géographie médicale* n'eût été plus large et plus général. »

L'auteur ne craint d'ailleurs pas d'avouer que, sans sortir des li-

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, année 1884, nos 35, 39 et 40.

(2) *La géographie médicale*, 1 vol. in-12 de XXIV-662 pages, avec 21 cartes. Paris, C. Reinwald, 1884.

La première comprend les néphrites diffuses, dans lesquelles les lésions sont générales on généralisées, totales, diffuses ; la seconde englobe les néphrites systématiques où les lésions sont locales ou localisées, et frappent primitivement soit l'élément glandulaire, soit l'élément vasculaire de l'organe. Les néphrites diffuses traduiraient l'action exercée sur le rein par les maladies générales et infectieuses ; les néphrites systématiques reconnaîtraient comme étiologie les maladies diathésiques et constitutionnelles. Somme tonte, les lésions rénales résulteraient de la réaction du tissu du rein devant des irritants de diverse nature. La réaction est générale ou locale et par conséquent la forme anatomique résultante est diffuse ou systématique, suivant la qualité, l'intensité et la durée de l'irritation.

Voilà, messieurs, un progrès réel, qu'il est possible d'accentuer encore en appelant la clinique à l'aide.

Comme le font judicieusement remarquer MM. Cornil et Branlt, on perpétue la confusion en employant indifféremment les termes de néphrite et de maladie de Bright. Il faut restituer à cette dernière le sens précis que lui attribuait le médecin anglais et ne donner ce nom qu'aux processus dans lesquels domine la triade euivante : « *albuminurie, hydropisie ou œdème, coexistant avec une lésion rénale.* »

Voyez combien cette notion si simple va rétrécir notre champ d'étude et déblayer le mal de Bright des affections qui sont venues peu à peu se greffer sur lui !

En effet, voici tout un groupe de lésions qui peuvent évoluer sans hydropisie ou sans albuminurie notable et continue, mais dans lequel ces symptômes apparaissent parfois à titre d'épiphénomène occasionnel ou terminal ; je veux parler de la *dégénérescence amyloïde*, de la *stéatose*, des *lesions vasculaires* et des *cirrhoses* du rein. Or, comme deux termes de la triade de Bright manquent dans l'expression clinique de ces léeions on ne font qu'accidentellement partie de leur symptomatologie, je me crois en droit de distraire ces affections de la maladie de Bright. Ce eont des maladies particulières et autonomes, qui peuvent se compliquer de mal de Bright, mais qui ne constituent nullement des variétés de celui-ci.

Passons maintenant à la plupart des néphrites ditee secondaires, comme les *néphrites des fièvres et des maladies générales*, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la diphthérie, l'érysipèle. On les classait jadis sous le vocable « néphrite catarrhale » ; puis Wagner, après leur avoir adjoint le groupe des albuminuries secondaires depuis celles des maladies du cœur jusqu'à celles de la grossesse, fait rentrer le tout dans la maladie de Bright. Mais, en dehors d'autres particularités différentielles, comme je ne trouve pas l'hydropisie on l'œdème parmi leurs symptômes essentiels, je n'hésite pas à les rayer, elles aussi.

Après d'aussi larges expropriations, le domaine du mal de Bright doit vous paraître fort amoindri, et cependant sa part est encore bien compréhensive, puisqu'elle renferme tout ce que l'on désignait jadis sous le nom de *néphrite parenchymateuse aiguë et chronique*, depuie celle qui frappe les alcooliques refroidis jusqu'à la néphrite post-scarlatineuse : toutes les affections de ce groupe, quelque diverse que soit leur étiologie, possèdent dans leur symptomatologie la triade caractéristique. A l'heure actuelle donc, une division des néphrites qui voudrait s'appuyer exclusivement sur l'étiologie, rééditerait les confusions qui ont si longtemps obscurci leur histoire. Comme je vous le disais tout à l'heure, la clinique est le fil d'Ariane qui doit nous guider encore aujourd'hui dans ce dédale, et la preuve de son efficacité à nous diriger, se trouve dans son accord indirect avec l'anatomie pathologique.

Ainsi il va de soi que si nous enlevons cliniquement au mal de Bright les néphrites systématiques artérielles et interstitielles, la dégénérescence amyloïde, la stéatose, rien dans l'anatomie pathologique ne vient à l'encontre de cette séparation, puisque les lésions observées dans ces affectione n'ont rien de commun avec les lésions dites parenchymateuses, auxquelles je voudraie voir réserver l'épithète de brightiques.

Si la démonstration n'est pas aussi péremptoire pour les lésions de la plupart des néphrites infectieuses, dans la symptomatologie desquelles manque l'œdème ou l'hydropisie, pourtant celles-ci se séparent déjà de la néphrite scarlatineuse, je devrais dire du mal de Bright scarlatineux, par des dissemblances anatomo-pathologiques de premier ordre.

Je n'en fournirai d'autres preuves que les très remarquables recherches de mon ami J. Renaut (1). Que l'on compare en effet, d'après des descriptions qu'en a données l'éminent professeur de la Faculté de Lyon, les *néphrites de la fièvre*

(1) J. Renaut. *La néphrite aiguë congestive infectieuse* (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, nos 17, 18 et 19, 1884).

mites fixées par le titre d'*Anthropologie pathologique*, il eût pu étendre encore assez loin la partie pratique de ses études ; car dans nos tentatives de colonisation « comment, ajoute-t-il, nous comporter avec les races indigènes, si nous ne connaissons pas non seulement leurs mœurs et leurs coutumes, leur génie intellectuel, mais aussi leur tempérament, leurs aptitudes pathologiques, leur génie morbide ? Comment diriger nos compatriotes en général et, d'une façon plus particulière, ceux du Nord et ceux du Midi, pour telle ou telle raison déterminante, sur telle colonie ou sur telle partie d'une colonie, si nous n'avons étudié au préalable l'action du climat général de la colonie et du climat spécial de ses principales régions sur nos compatriotes en général, et plus spécialement sur les habitants de telle ou telle de nos anciennes provinces ? Or, c'est là la condition indispensable à toute chance d'acclimatement, et par conséquent la clef de la science de l'acclimatation. » (1).

(1) Sur ce sujet : *De l'acclimatement et de l'acclimatation*, je signalerai à mes lecteurs et à ceux du livre de M. Bordier une série d'articles très intéressants parus en 1883 et en 1884 dans les ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE, et dus à la plume d'un ancien médecin de la marine française, du docteur A. Jousset.

Quoi qu'il en soit de ces idées générales, examinons rapidement comment le professeur de géographie médicale à l'Ecole d'anthropologie de Paris a groupé les nombreux matériaux dont il disposait.

Le livre est divisé en trois grandes parties. La première est consacrée aux milieux extérieurs ; la deuxième a trait aux milieux intérieurs. Quant à la troisième, elle ne porte pas de titre général et aborde des sujets qui ne se rattachent qu'indirectement à la topographie du globe.

Dans la première partie, qui traite *des milieux extérieurs*, M. Bordier s'occupe d'abord de l'atmosphère. Il commence par exposer l'action de la température, l'influence de la chaleur et celle du froid sur la vie en général, puis particulièrement sur l'homme (coups de chaleur et gelures, lymphangite et hépatite des pays chauds, anémie pernicieuse du Nord). Il passe ensuite à l'étude de l'action de la lumière, de l'état électrique de l'air, de la présence de l'ozone auquel, à la suite de Schmidt, M. Bordier attribuerait vo-

typhoïde et de la scarlatine, et l'on sera frappé des différences qui séparent ces deux inflammations rénales. Dans celle de la fièvre typhoïde, il s'agit d'une inflammation dégénérative frappant de mort la totalité de l'épithélium à bâtonnets. Du côté des voies d'excrétion, tubes de Bellini, de Henle et rayons médullaires, il n'y a que des lésions épithéliales accessoires et d'ordre catarrhal; enfin, au niveau des glomérules, une variété d'œdème, dit *œdème albumineux*, siégeant dans les glomérules et les espaces lymphatiques, différant de l'œdème vulgaire en ce qu'il ne renferme pas de globules blancs.

Tont antre est la néphrite scarlatineuse que l'on a considérée pendant longtemps comme une inflammation catarrhale. Ici peu de lésions de l'épithélium à bâtonnets, mais un œdème énorme avec d'innombrables cellules lymphatiques émigrées par diapédése dans les espaces interorganiques du rein; telle est la physionomie anatomique du stade initial de la maladie. Alors, de place en place, les épithélinms dont le milieu intérieur nutritif a subi, par le fait de l'œdème, de profondes modifications, éprouvent des altérations qui les font *secondairement* dégénérer et mourir.

Comparez maintenant le brightique post-scarlatineux avec son énorme albuminurie, ses œdèmes, etc., et le malade atteint par cette forme rénale de la fièvre typhoïde dont je vous parlais tout à l'heure, dans laquelle l'œdème manque toujours: la clinique et l'anatomie pathologique ne s'accordent-elles pas pour les séparer?

En résumé, messieurs, il importe de ne pas confondre dans une synonymie les termes de néphrites et de mal de Bright, et l'on doit restreindre celui-ci aux limites cliniques qui ont été tracées par son auteur et qui tendent déjà à être sanctionnées par l'anatomie pathologique.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

EXTIRPATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Il y a quelques jours à peine, la lecture de deux nouvelles observations de M. Demons soulevait, au sein de la Société de chirurgie, une discussion qui prouve que la colpo-hystérectomie n'est pas encore absolument passée dans les mœurs chirurgicales de la France.

Quoi qu'elle ait été pratiquée en Allemagne pour des cas bien divers (prolapsus utérin, fibrôme, etc.), il ne s'agit guère en France pour le moment que des indications de la colpo-hystérectomie dans le cancer utérin; c'est dans ces conditions qu'elle a été faite par M. Demons, et M. Doche, son interne, n'en a étudié les indications qu'à ce seul point de vue.

Dans une revue générale publiée au mois d'août 1834, M. Demons défend la colpo-hsytérectomie; il montre « des *résultats consolants* », démontre que la laparo-hystérectomie est bien plus grave, et à ceux qui comparent l'extirpation du col, bien plus facile et bien moins dangereuse, à l'extirpation totale, il répond: « *qu'il y a là une confusion : oui, la première est plus facile, plus innocente, moins suivie de récidive si l'on veut ; mais on ampute l'avant-bras d'un sujet atteint d'épithélioma du dos de la main, et le bras de celui dont il a gagné la région du coude. Là où l'excision du col doit enlever largement le mal, personne n'a songé à extirper l'utérus ; là où on extirpe l'utérus, personne ne doit tenter l'hystérectomie cervicale.* »

Ainsi donc, voilà des indications bien précises : quand le cancer est limité au col, amputez le col ; quand il a gagné le corps, enlevez le corps ! Mais voici l'objection : le cancer utérin qui, du col, s'est propagé au corps, a déja envahi les ganglions pelviens on lombaires, et l'opération devient insuffisante. On sait, en effet, que, dans la grande majorité des cas, ce cancer est de l'épithélioma et que l'épithélioma gagne plutôt par la voie lymphatique que par propagation directe et extension propre du tissu de la tnmeur, si bien qne eouvent les ganglions qui président à la circulation lymphatique de la région sont malades quand le néoplasme eet encore circonscrit, que les parties immédiatement attenantes sont encore saines.

Il faudrait, par conséquent, pour rendre la colpo-hystérectomie justifiable, rencontrer un cas où l'on pût opérer au moment où le col est déjà dépassé et où les ganglions ne sont pas encore atteints, ce qui revient à poser aux partisans de l'extirpation de l'utérus par le vagin le dilemme suivant : ou seul le col est pris, et alors son amputation suffit ; ou le corps l'est aussi et votre opération devient inutile à cause des gan-

---

ontiers les épidémies de grippe ; de l'état hygrométrique de l'air, des poussières atmosphériques, des effets de l'altitude et de la pression barométrique, et au sujet de chacune de ces influences de milieu M. Bordier n'omet pas de faire ressortir son effet général sur l'évolution sociale.

Après les influences atmosphériques vient, dans un second chapitre, la question de l'influence du sol sur les populations : le sol est-il pauvre en matières calcaires ? il favorisera la fréquence de l'ostéomalacie et du rachitisme. Est-il riche en matières calcaires ? les calculs, l'athérome menacent les indigènes.

Le chapitre suivant aborde l'action de la faune et de la flore de chaque pays sur les habitants. M. Bordier les considère d'abord en tant qu'elles sont utiles à l'homme : c'est la faune et la flore servant à l'alimentation ; puis viennent les maladies qu'elles occasionnent, soit par les altérations pathologiques des matières alimentaires (ergotisme, pellagre, pelade, acrodynie, béribéri), soit par l'abus qu'on fait de certaines de ces substances (scorbut, alcoolisme, éthérisme, morphinisme, nicotisme, action du haschisch, etc., etc.). Nous voici arrivés à la lutte de l'homme contre la faune et la flore, à la lutte pour l'existence, soit contre les grands animaux, soit contre les infiniment petits, animaux ou végétaux (impaludisme, crétinisme, dysentérie, etc.), soit contre les ferments pathologiques, (variole, rougeole, scarlatine, dengue, suette, typhus, peste, diphtérie, fièvre jaune, choléra, rage, morve, péripneumonie épidémique, cocote, charbon), sans oublier les parasites microscopiques du bouton de Biskra, de la verruga, de la furonculose, du pied de Madura, de l'actinomycose, de la lèpre, de la tuberculose et de la syphilis, dont l'étude constitue le quatrième chapitre.

L'action des parasites vrais sur l'organisme forme une section à part. M. Bordier les divise en cinq catégories, suivant qu'ils habitent le tube digestif, les tissus, le sang, certaines cavités ou la peau. Enfin la première partie du volume se termine par un coup d'œil général sur les hommes, sur le milieu social, et examine l'influence que la civilisation exerce sur les maladies, tant les maladies artificielles, déformations, mutilations, tatouages, que les maladies mentales individuelles ou épidémiques : chorée, contagion nerveuse, etc.

Sous le titre *Milieu intérieur*, que M. Bordier a donné à la seconde partie de son livre, il est d'abord question de la variabilité

glions. Théoriquement, il semble difficile de répondre à l'argument; mais il est des cas où la récidive n'a pas en lieu un an, seize mois, deux ans, davantage peut-être, après l'opération, et ce sont là des raisons contre lesquelles les objections théoriques ne peuvent rien.

Il est certain que c'est l'exception ; il est certain aussi que des malades meurent de l'opération ; il est certain que celle-ci est quelquefois suivie d'infirmités.

Mais pour quelle opération ne court-on pas des chances de mort? et du reste, en matière de cancer, quels arguments ne peut-on pas toujours donner pour ou contre l'intervention ? Contre elle et pour tout cancer, il y a toujours les dangers opératoires, les suites graves du traumatisme chirurgical, la récidive ; pour elle, la triste vie des malades, leur mort certaine à brève échéance, la survie possible, le soulagement.

La colpo-hystérectomie est soumise à cette même loi qui fait quelquefois hésiter les plus grands maîtres en chirurgie, au lit de leurs malades, entre l'abstention ou l'intervention. Opérer ou ne pas opérer, c'est toujours la balance, et il est quelquefois difficile de voir de quel côté elle penche davantage. Reste donc, en laissant de côté toute contre-indication manifeste, et en prenant comme type un cas normal d'épithélioma de l'utérus, de voir où, comment et pourquoi sont les plus grands avantages.

En faveur de l'opération, nous trouvons : la mort certaine, ordinairement assez rapide par les progrès du mal ; les douleurs, en général très intenses ; l'infirmité dégoûtante rendant la vie aussi misérable que possible ; la survie quelquefois longue après l'intervention ; la guérison radicale quelquefoie ; enfin, quand il y a récidive, la diminution des douleurs et des accidents ; en tout cas, le bien-être physique et le calme moral de quelques mois.

En faveur de l'abstention : l'inutilité de l'opération, qui récidive souvent ; see dangers et sa difficulté.

Or chacun de ces arguments n'a évidemment de valeur que par les chiffres ; c'est dans la statistique et dans la statistique seule qu'est le sort de la colpo-hystérectomie : semble-t-elle donc lui être jusqu'à présent favorable en France ?

MM. Demons et Doche, en compulsant les observations, ont trouvé une mortalité de 28 pour 100 seulement. L'extirpation de l'utérus par le vagin est donc moins grave que la laparo-hystérectomie qu'on pratique aujourd'hui souvent pour des tumeurs à évolution moins rapidement mortelle.

Au reste, une guérison est question importante quand il s'agit de cancer et son poids est gros dans la balance. « *Il faut, en matière de cancer, savoir se contenter de peu.* »

Tel se pose aujourd'hui en France le problème déjà résolu en Allemagne et en Italie des indications de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer. Il est vraisemblable qu'il aura bientôt sa solution.

Peut-être la colpo-hystérectomie sera-t-elle acceptée, comme on accepte l'extirpation de la langue, du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur pour l'épithélioma de la langue; ce qui ne m'empêchera jamais de répéter pour ces deux opérations ce que M. Trélat disait de l'une : « *Le succès n'est pas dans les grandes opérations, mais bien dans les petites, parce que les petites opérations sont les opérations du début.* » La colpo-hystérectomie serait, cela s'entend, réservée aux cas où l'amputation dn col n'est plus possible.

« *Sans mériter d'être prônée avec une folle ardeur, je pense, écrit M. Demons, qu'elle est appelée à rendre quelques services à l'art de guérir.* »

Du reste, ce n'est pas seulement au traitement du cancer utérin qu'elle a été appliquée ; en lisant les observations des auteurs étrangers, on trouve un certain nombre de cas où elle a été faite pour l'extraction de fibro-myômes utérins, comme par Riedinger en 1883, ou bien pour des cas de prolapsus invétérés, quelquefois gangrenés et irréductibles, comme par Gebhart, Kehrer, Jurgensen, Kaltenbach, Halm et Duvelius.

La colpo-hystérectomie remplacera-t-elle l'hystérectomie abdominale, qui paraît plus dangereuse qu'elle, et les fibromyômes utérins doivent-ils être un jour enlevés par la voie vaginale? Même en mettant de côté tous les cas probablement nombreux où le volume des tumeurs serait une contre-indication formelle à l'extirpation par le vagin et où leur siège ne permettrait pas leur énucléation par la même voie, on ne peut à cet égard rien dire encore, car la statistique comparée seule peut répondre. Pour Olshausen, cependant, l'opération de Freund a sur l'opération de Récamier bien des désavantages.

« 1° Le choc nerveux (durée de l'opération, perte de sang, exposition à l'air);

---

de l'action toxique de certaines maladies (variole, rougeole, peste, dothiénentérie, dengue, méningite cérébro-spinale, tuberculose, etc.), selon le milieu intérieur des races et même des individus. Ce premier chapitre forme une sorte de préambule au suivant, qui a pour objet la pathologie comparée des races humaines, noires, jaunes, mixtes dérivées du tronc jaune (Malais, Polynésiens et Américains), blanches (Berbères, Sémites, Indo-Européens). Une section spéciale est réservée à la population française. A propos de chaque race, on étudie sa distribution géographique et ses caractères anatomiques, physiologiques et pathologiques. Cette deuxième partie est complétée par un rapide aperçu sur la pathologie générale comparée des tempéraments, suivant les divers états physiologiques ou pathologiques et suivant les sexes et les âges, puis par quelques pages sur l'aptitude et l'immunité morbides et sur la vaccination.

Nous arrivons à la troisième partie, à la dernière de l'ouvrage de M. Bordier. Après un chapitre sur les transformations de l'individu par le milieu et sur la genèse des maladies à microbes, un second chapitre est réservée à l'atavisme et à la tératologie ; puis le troisième traite des monstruosités et des anomalies réversives ; un quatrième, de l'hérédité ; le cinquième s'occupe de la sélection et de la concurrence vitale, et enfin un sixième et dernier chapitre expose les dégénérescences par défaut d'acclimatement, que ce défaut dépende non seulement du climat, mais encore du sol, ou de l'alimentation, ou des maladies, ou de causes purement sociales.

Tel est, dans ses grandes lignes, le plan qu'a suivi M. Bordier. Mais plus je relis, plus je médite son livre, plus je me demande s'il est possible de donner droit de cité dans la science à un ensemble de connaissances que l'on puisse appeler *géographie médicale*. Ma perplexité augmente d'autant plus que je suis forcé de constater que M. Bordier a mis en jeu une masse énorme de documents. Il y a là de la géographie, il y a de la médecine; on y trouve décrites les maladies spéciales à certaines régions du globe, on y voit la répartition en plus ou moins grande abondance de telle maladie dans les divers pays, dans des latitudes différentes. Mais je ne trouve aucun lien suffisamment fort entre toutes ces questions pour m'obliger à reconnaître que c'est bien un ensemble complet, une science à part que la *géographie médicale*.

Autant que personne, j'apprécie les recherches immenses que

2° Les hémorrhagies artérielles dues à la section des ligaments larges;

3° La péritonite septique;

4° La lésion des organes voisins (uretère, vessie);

5° L'impossibilité d'achever l'opération.

La colpo-hystérectomie donnerait des résultats bien meilleurs, et Olshausen conclut que la laparo-hystérectomie doit être réservée pour des cas exceptionnels de cancer compliqué de fibrômes du corps utérin ou d'étroitesse extrême du vagin. » (J. Bex.)

En conscience, parmi ces différents reproches, il en est qui ne paraissent guère, *à priori*, appartenir plutôt à l'opération de Freund qu'à celle de Récamier. Telles l'hémorrhagie par la section de la portion inférieure des ligaments larges, la lésion de l'uretère et de la vessie, l'impossibilité d'achever l'opération. En France, on n'a pas encore établi la part respective de gravité qui appartient à l'une ou l'autre de ces deux opérations.

Un point important de statistique à connaître est que, comme on devait s'y attendre, la colpo-hystérectomie pratiquée pour les myômes donne des résultats bien supérieurs à celle qui est tentée contre le cancer; de même quand on la fait pour les cas d'ancien prolapsus utérin. On conçoit du reste qu'il faille ici des cas de prolapsus invétéré, irréductible, et accompagné d'accidents, car, en tout autre cas, la ceinture périnéale pare ordinairement aux accidents.

D'ailleurs on est peut-être en droit, avant de recourir à cette opération grave, de songer à celle du docteur Alexander, qui serait arrivé à réduire et à maintenir réduits de nombreux prolapsus de l'utérus par la seule traction sur les ligaments ronds (Voir GAZETTE MÉDICALE, décembre 1884.)

P. SÉBILEAU.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

(*Session de janvier 1885.*)

La Société française d'ophthalmologie, qui en est à sa troisième année d'existence, vient de tenir ses séances les 26, 27, 28 et 29 janvier. Le nombre des membres présents est beaucoup plus considérable que les années précédentes; l'étranger est représenté par M. le docteur Gutta (d'Amsterdam), le professeur Fuchs (de Liége), le docteur Coppez (de Bruxelles), Dufour (de Lausanne), etc. Un grand nombre d'ophthalmologistes de province se sont rendus à l'appel du comité d'organisation.

La présidence des séances est successivement attribuée à MM. Gutta, Fontan (de Brest), Landolt, Dianoux. M. Ch. Abadie remplit les fonctions de secrétaire.

Nous ne pouvons citer, dans cette revue critique, toutes les communications faites dans les séances. Le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES contient du reste un exposé d'ensemble très complet de presque tous les sujets traités.

Nous croyons utile d'exposer avec quelques développements certains travaux nouveaux et qui ont été l'occasion de discussions approfondies.

Le nombre des moyens thérapeutiques proposés pour l'*ectropion* est très considérable. M. DE WECKER propose un mode de suture très ingénieux et qui nous paraît supérieur aux sutures de Snellen, adoptées par la majorité des auteurs. Ces sutures exigent en effet, dans les forts ectropions, plusieurs sutures juxtaposées; si l'on veut obtenir une guérison parfaite, il faut exagérer temporairement l'effet, renverser les cils vers l'œil, ce qui nécessite l'emploi du bandeau compressif; enfin, dans nombre de cas, ces sutures manquent leur but parce que la simple traction exercée sur le fond du cul-de-sac par les sutures recoquille, il est vrai, la paupière vers l'œil; mais sans la remonter, et la redresser, de façon à la réappliquer contre le globe oculaire.

De Wecker ne fait usage que d'une seule suture qui ne nécessite plus l'emploi du bandeau et qui peut, si l'on a pris soin de bien désinfecter les fils ainsi que la paupière atteinte d'ectropion, être laissée en place aussi longtemps qu'on le croit nécessaire pour le redressement définitif de la paupière renversée. Un coup d'œil jeté sur le dessin (fig. 1) explique le parcours de cette suture. Elle a pour effet de former une double anse au fond du cul-de-sac conjonctival et une anse simple près des cils, où on interpose un petit rouleau de peau de gant; enfin une autre anse simple recouvre également un rouleau de peau à deux centimètres au-dessous du bord palpébral.

Pour placer cette suture, on se sert d'un fort fil de soie

M. Bordier a dû faire, j'admire la somme de travail que représente son œuvre; néanmoins mon esprit n'est pas satisfait. Je ne sais si c'est par un vice d'organisation qui me serait particulier, je ne puis saisir comment ces divers chapitres se rapprochent. Dans ce labyrinthe où chaque recoin attire mon attention, m'intéresse, me séduit même, je m'oublierais volontiers au point de perdre ma route, si M. Bordier ne remettait pas dans ma main un fil d'Ariane capable de me faire retrouver mon chemin. Mais n'est-ce pas un défaut originel que ce besoin d'un fil conducteur? Et en ceci, qu'on ne s'y méprenne pas, ce n'est point M. Bordier que j'incrimine, c'est le sujet qu'il s'est chargé de traiter.

A côté de ces critiques générales qui s'adressent moins à l'auteur, je le répète, qu'à la nature même de l'œuvre entreprise, je pourrais faire quelques critiques de détail. Ainsi, à propos de la suette, on ne nous parle que des épidémies anglaises et, après avoir mentionné l'épidémie de 1551, on termine en disant : « Ce fut la dernière épidémie de *suette anglaise*; elle était venue cinq fois en soixante-dix ans. » Et c'est tout; comme si la suette n'avait pas reparu depuis et ailleurs. A propos de l'ancbylostome duodénal et de son rôle dans la production de l'anémie, M. Bordier ne s'est-il pas trop empressé d'accueillir des assertions non confirmées qui tendaient à faire de l'anchylostome la cause exclusive de l'anémie des mineurs, attribuant ainsi à MM. Manouvriez et Riembault des opinions qu'ils ont eux-mêmes démenties depuis? Dans les pages consacrées à la pellagre, on est surpris de ne pas voir rappelées les études de M. Bouchard, surtout quand on voit emprunter à *un roman* d'Edmond About, *Maître Pierre*, le chiffre de 3,000 pellagreux réunis dans le département des Landes en 1859. On pourrait encore faire observer que le plan adopté par M. Bordier a obligé à s'occuper dans deux chapitres différents (le 3° du 1^{er} livre et le 1^{er} du 2° livre) de la même maladie (variole, rougeole, peste, dengue, charbon, morve, fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale).

Mais à quelles vétilles vais-je m'arrêter! C'est par trop vouloir s'attirer le reproche de faire de la petite guerre à propos d'un ouvrage de la plus haute importance et qui est appelé à rendre de grands services.

Aussi bien serait-ce un crime pour M. Bordier que, dans l'innombrable quantité de renseignements qu'il a reproduits, certains n'aient pu être vérifiés? Ai-je le droit de blâmer quelques détails de l'œuvre, sans faire ressortir comme excuse les difficultés du

bien désinfecté qui porte à chaque extrémité une aiguille légèrement courbe. La première aiguille pénètre (fig. 2) à 2mm du bord palpébral en *a*, ressort en *b*, rentre en *c* et ressort définitivement en *d*; la seconde aiguille pénètre en *a'* (situé à un centimètre de *a*), ressort en *b'*, pénètre de nouveau en *c'* et ressort enfin en *d'*, où les extrémités du fil sont liées.

Fig. 1. Fig. 2.

On n'a qu'à suivre l'action de cette suture sur la figure (la seconde figure) pour comprendre que la traction exercée par sa fermeture a pour effet de faire descendre la double anse placée dans le cul-de-sac et de faire remonter l'anse simple située devant le bord palpébral.

Les méthodes proposées pour le traitement du *strabisme*, quoique très perfectionnées, présentent encore un certain nombre d'inconvénients, et l'on peut dire que sur ce point d'ophthalmologie on n'a pas obtenu la perfection. On manque de base pour mesurer d'une façon précise la correction à obtenir. La méthode de Liebreich, dans laquelle on coupe dans la sclérotique, présente de sérieux inconvénients.

Bien supérieur est l'avancement musculaire avec la ténotomie du côté opposé que M. de Wecker a préconisé un des premiers et que M. Abadie défend énergiquement aujourd'hui. Entre les mains de ce dernier observateur, cette méthode perfectionnée donnerait de très bons résultats.

M. DE WECKER pense qu'il vaut mieux se servir d'un moyen thérapeutique plus sûr et qui permet des corrections durables. Il faut, à son avis, conserver les rapports de la capsule de Tenon et du muscle, ce qui ressort des derniers travaux de M. Motais. Dans ce but, de Wecker combine l'avancement *capsulaire* et la ténotomie.

Après avoir décrit son procédé opératoire (Voir de Wecker et Landolt : *Traité complet d'ophthalmologie*, t. III), M. de Wecker expose les bons résultats qu'il obtient avec cette opération. Ils peuvent se résumer ainsi :

1° Correction des forts strabismes (30° et plus) en n'opérant que sur un œil ;

2° Plus d'enfoncement de la caroncule, plus d'agrandissement de la fente palpébrale.

Signalant les bons résultats qu'il a obtenus, M. de Wecker fait remarquer que le public a déjà perdu un peu du préjugé qui existe en France contre la strabotomie ; en effet, le nombre des opérations de strabisme a considérablement augmenté cette année à la clinique de la rue du Cherche-Midi.

M. de Wecker fait circuler des tableaux portant sur 140 cas dont le résultat a été constaté un an et même seize mois après l'opération.

M. MEYER signale les avantages qu'il a retirés de la suture de la conjonctive et des parties sous-jacentes du côté opposé à celui où la ténotomie a été pratiquée. On peut, en relâchant les sutures, obtenir le degré de redressement désiré.

— *La tuberculose*, bien étudiée aujourd'hui dans un certain nombre d'organes, n'est connue dans l'œil que depuis quelques années. La discussion qui s'est ouverte sur ce sujet a permis d'arriver à quelques notions nouvelles sur les caractères des tubercules de la conjonctive, de la cornée, sur la marche de cette affection, son mode de généralisation dans ces deux membranes de l'œil.

M. GAYET (de Lyon), après avoir fait l'historique de *la tuberculose de la conjonctive*, présente une très intéressante observation recueillie chez une jeune fille de vingt-trois ans.

Il décrit la forme et l'aspect de l'ulcération tuberculeuse, les nodules voisins de l'ulcération analogues à ceux décrits par Trélat sur les ulcérations tuberculeuses de la langue. Il insiste sur la valeur de l'engorgement ganglionnaire préauriculaire.

travail entrepris ? Encore n'ai-je pas dit de quel style facile, clair, entraînant, M. Bordier a écrit ce gros volume dont la lecture est aussi attachante que s'il s'agissait de toute autre chose que de documents arides. Et ce n'est pas là un mince éloge ; car la tâche était fort ingrate de grouper en un faisceau ces connaissances on ne peut plus hétérogènes, bien qu'en somme fort utiles à la médecine. Quoiqu'il n'ait pas atteint tout à fait le but visé, l'auteur en a du moins approché de si près qu'il peut s'appliquer les paroles mises par Virgile dans la bouche d'Hector :

« .... Si Pergama dextrâ
Defendi possent, etiam hâc defensa fuissent. »

Car si l'existence indépendante à l'état de science à part d'une *Géographie médicale* pouvait être assurée, elle l'aurait certainement été par la main du docteur Bordier.

Mais passons maintenant à l'examen du livre que M. Poincaré, professeur d'hygiène à Nancy, vient de consacrer à peu près au même sujet, sous le titre : *Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène.*

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

MÉDECINE MILITAIRE. — Un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira, le 10 août prochain, à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu à Paris le 7 septembre, à Nancy le 14, à Lyon le 17, à Montpellier le 19 et à Bordeaux le 24 du même mois.

— Le Congrès des délégués des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne du 7 au 11 avril prochain.

— La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris décernera, en 1885 et 1886, une médaille d'or, une médaille de vermeil et deux médailles d'argent aux meilleures thèses soutenues sur des sujets d'hygiène devant les Facultés de médecine de France pendant les années scolaires 1884-85 et 1885-86.

Les thèses devront être envoyées au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, avant le 15 octobre.

Après l'ablation pratiquée largement, les ganglions du cou se sont pris ; mais il fait remarquer, en y insistant, ce fait très important *que la tuberculose est restée toute locale*, elle ne s'est pas généralisée au bout d'un très long temps. Il rapproche son observation de celles publiées par les auteurs et dans lesquelles on note de même l'absence de toute généralisation. Des inoculations par séries pratiquées sur de lapin lui ont démontré la nature tuberculeuse de l'affection. L'examen histologique pratiqué au Collège de France a démontré qu'il s'agissait dans son cas d'une tuberculose à forme lupique. On a retrouvé dans le pus des ulcérations quelques bacilles.

M. Parinaud critique la dénomination *lupique* appliquée à ce cas. Pour lui, il s'agit d'une véritable tuberculose bien différente du lupus, dans lequel on ne rencontre pas l'aspect de l'ulcération décrit par M. Gayet et qui ne s'accompagne que d'une façon exceptionnelle d'engorgement ganglionnaire. En outre, les inoculations dans le lupus ne produisent que des résultats tardifs, qui ne se présentent pas avec la précision et la régularité des inoculations faites par M. Gayet. Au point de vue clinique, la malade citée dans l'observation est atteinte de véritable tuberculose conjonctivale.

La majorité des ophthalmologistes présents, et particulièrement MM. Parinaud et Dufour (de Lausanne), appuient les conclusions de M. Gayet au point de vue de la généralisation très rare de la tuberculose conjonctivale. De même que pour les autres variétés de tuberculose, la recherche des bacilles a une importance capitale. Il faut remarquer en outre que les inoculations n'ont de valeur que lorsqu'elles sont faites *en séries*. A la suite d'inoculations de produits non tuberculeux, les lapins les premiers inoculés peuvent présenter des lésions ressemblant à la tuberculose ; mais si l'on inocule avec ces produits d'autres séries de lapins ils ne deviennent pas tuberculeux.

M. Abadie insiste sur ces deux derniers points.

La tuberculose de la cornée, encore moins connue que celle de la conjonctive et qui a certainement très souvent passé inaperçue aux yeux d'observateurs non prévenus, présente un certain nombre de caractères précis sur lesquels insiste M. Panas. Il rapporte un cas dans lequel il observa chez son malade, au début des douleurs ciliaires, une très légère vascularisation à la partie supérieure de la cornée, bientôt suivie d'une opacité et de l'apparition d'un petit point jaune analogue à une granulation tuberculeuse.

Des vaisseaux se développèrent en plus grande quantité et l'opacité devint plus considérable. Un deuxième point apparut, puis un troisième. Ces trois points se confondirent, et une opacité assez considérable se montra. Au bout de trois mois, le processus était arrêté. La malade, quoique chétive, ne présentait aucun signe évident de tuberculose généralisée.

M. Panas a pratiqué des inoculations de substance tuberculeuse dans des cornées de lapins et chez tous ces animaux il a retrouvé des lésions absolument semblables à celles de son malade.

Il fait remarquer que chez aucun de ces animaux il n'a observé de généralisation tuberculeuse. Il insiste sur l'importance de cette constatation.

Il lui paraît, de même qu'à M. Gayet, que dans la tuberculose oculaire externe la généralisation tuberculeuse se produit très rarement, ce qui, si de nouvelles observations viennent démontrer ce fait, a une grande importance surtout au point de vue des opérations radicales, l'énucléation, etc., proposées dans ces cas par quelques chirurgiens.

P. Rebard.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies vénériennes. — Syphiligraphie.

Il faut bien que j'avoue mes torts : ils sont trop évidents. Aucun critique, aucun bibliographe ne doit manquer à ses devoirs, dont le principal peut-être consiste à ne pas mettre une lenteur exagérée, sinon à rendre compte, du moins à annoncer la publication des livres qu'il est chargé d'examiner. Les *vénéréologues* sont bien en droit de m'en vouloir, car je les ai négligés. Je vais tâcher de réparer une partie de ma faute en indiquant aux intéressés les œuvres que j'ai sous les yeux.

I. — Et d'abord voici un livre élémentaire, mais très soigné, que M. Armand Rizat a publié sous ce titre : *Manuel pratique des maladies vénériennes* (1). Le livre répond bien complètement aux promesses du titre. Modeste d'allures, très précis, très exact, d'une lecture facile et d'une clarté d'exposition digne d'éloges, il a de plus le mérite d'être au courant de la science.

M. Rizat a naturellement divisé son travail en quatre grandes sections : la première, de beaucoup la plus considérable, est consacrée à la syphilis. Elle comprend sept subdivisions : 1° l'accident primitif, le chancre avec ses différentes formes et son siége, on ne peut plus varié ; 2° les accidents consécutifs secondaires et de transition ; 3° les accidents tertiaires ; 4° la syphilis chez la femme ; 5° la syphilis chez l'enfant ; 6° la pathologie générale de la syphilis ; 7° le traitement de la syphilis, précédé d'un chapitre très court, quoique très important, intitulé : *Syphilis et mariage*.

La deuxième section du livre, la plus courte, traite du chancre simple, et se termine par un petit chapitre sur le chancre mixte et les végétations.

La troisième partie s'occupe de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme avec les divers accidents et complications qui peuvent se produire au cours et par le fait de cette affection.

Enfin, dans une dernière partie, M. Rizat a donné un véritable manuel de thérapeutique des maladies vénériennes, dans lequel sont successivement étudiés, avec modèles de formules à l'appui, non tous les médicaments appliqués au traitement des maladies vénériennes, car le copahu, le cubèbe, le santal, n'y trouvent pas place, mais les médicaments d'origine minérale ou chimique, mercure, or, iode, fer, iodure de potassium, chloral, iodoforme. Parmi les médicaments d'origine végétale l'opium est le seul qui ne soit pas omis dans ce formulaire. Ajoutons qu'après un court appendice consacré à l'herpès génital et au traitement de l'hydrocèle M. Rizat a placé une table alphabétique fort utile pour le praticien et une série de 24 planches en chromolithographie qui reproduisent d'une manière fort exacte les lésions principales des maladies vénériennes. C'est donc là un bon livre que M. Rizat a adressé aux praticiens.

(1) Un vol. in-12, cartonné, de 560 pages. — Paris, O. Doin, éditeur.

II. — Cherchant à concentrer et à résumer dans un travail d'ensemble les opinions et les recherches de Babington, de Chomel, de MM. Richet, Lancereaux, A. Fournier, Vaffier, Jules Voisin, Dauzat, Plateau, Méricamp et Schuller, M. le docteur L. Defontaine a écrit un consciencieux mémoire (1) pour soutenir la cause de la *syphilis articulaire*. Se séparant nettement de ceux qui considèrent comme non articulaires toutes les lésions qui n'atteignent pas les synoviales ou les cartilages, M. Defontaine désigne également sous le nom de « syphilis articulaire » tous les accidents syphilitiques qui portent sur les extrémités osseuses comme sur les ligaments. Aussi étudie-t-il successivement les arthralgies, les arthrites subaiguës, les hydarthroses, les infiltrations gommeuses péri-synoviales, les ostéo-arthropathies comprenant : 1° la variété gommeuse ou par gomme juxta-articulaire ; 2° la variété périostique ou par périostite juxta-articulaire ; 3° la variété hyperostosique (la plus importante, attribuable à une gomme intra-osseuse circonscrite ou diffuse) et enfin les arthropathies que l'on fait dépendre de la syphilis héréditaire.

III. — Un élève du professeur A. Fournier, M. le docteur Louis Levot, s'est occupé, dans une thèse intéressante, des *Lésions syphilitiques du rachis* (2). Il démontre que les diverses pièces qui constituent la colonne vertébrale peuvent être atteintes dans leurs tissus sous l'influence de la syphilis. Les lésions anatomiques ne diffèrent en rien de celles qui affectent les autres points du squelette, se présentent sous forme d'ostéite, d'exostoses ou d'hyperostoses, de carie et de gomme ostéo-périostique. Ces lésions réagissent sur les organes voisins et se traduisent par un ensemble de caractères séméiologiques bien définis. Les commémoratifs, la coïncidence chronologique d'autres manifestations spécifiques, les conditions d'évolution et l'influence du traitement iodo-mercuriel donnent, suivant M. Levot, un faisceau de probabilités capables de guider le praticien dans la voie d'une thérapeutique heureuse et efficace.

IV. — M. le docteur Gabriel Cohadon a apporté sa contribution à l'étude récente de *l'albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis* (3). De sa thèse, il ressort que c'est généralement au début de la période secondaire qu'apparaît l'albumine dans les urines des syphilitiques. En l'absence d'autres accidents diathésiques, soit concomitants soit antérieurs, aucun signe particulier ne permettrait de reconnaître la nature de cette albuminurie qui est d'une durée assez longue, et qui serait occasionnée par une lésion de l'épithélium rénal ou par une altération spéciale du sang. Dans cette forme d'albuminurie, le régime lacté, adjuvant fort utile, n'est pas, d'après M. Cohadon, d'une nécessité absolue, tandis que le traitement mercuriel simple ou associé à l'iodure de potassium amènerait rapidement la disparition de l'albumine et des autres symptômes.

V. — Les opinions de M. Alfred Fournier sur la syphilis sont si connues, ce médecin les professe avec tant d'autorité et de talent qu'il serait superflu d'insister sur la deuxième édition de ce beau livre qui a pour titre : *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme* (1), mais qui pourrait aussi justement s'appeler : Leçons sur la syphilis comparée chez l'homme et chez la femme. Dans cette succession de 28 leçons qui se lisent comme elles ont dû être écoutées, on suit le maître avec plus que de l'intérêt, avec un plaisir très vif quoique continu. M. le professeur Fournier vous guide si bien à travers cette série d'accidents qui depuis le chancre vont jusqu'à la syphilis viscérale ! Quelle abondance et quelle richesse de documents originaux dans ces pages pleines de charme ! Les sujets en apparence les plus rebattus acquièrent une nouvelle jeunesse sous cette plume magique. C'est un livre qu'on lit, qu'on relit ; je n'oserais l'analyser.

VI. — Dans sa thèse d'agrégation, M. le docteur Henri Blaise a donné un fort intéressant tableau de l'état actuel de la science, relativement à l'*Hérédité syphilitique* (2). La première partie de son mémoire comprend un aperçu sur l'hérédité syphilitique, précédé, comme il convenait à un futur agrégé de la Faculté de Montpellier plus qu'à tout autre, de considérations importantes sur l'hérédité en général. Puis vient un court historique. La seconde partie, consacrée à l'étiologie, étudie d'abord l'influence du père, puis celle de la mère, et enfin celle des deux conjoints dans la syphilis, sans préjudice d'un chapitre réservé à l'étude de la syphilis par conception et à l'appréciation de la loi de Colles.

Dans la troisième partie se trouvent exposées les diverses manifestations de l'hérédité syphilitique, depuis l'avortement et l'accouchement prématuré jusqu'aux variétés de la syphilis héréditaire, en y comprenant les rapports de la syphilis des parents avec le rachitisme, la scrofule et la tuberculose des enfants. Enfin, dans une dernière partie, M. H. Blaise s'est occupé du traitement ou plutôt de la prophylaxie de la syphilis héréditaire. L'auteur conseille spécialement le traitement mercuriel en approuvant les deux propositions formulées par le professeur Fournier : 1° le mercure n'empêche pas toujours l'avortement de se produire chez les femmes syphilitiques, mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors du moins qu'il est administré à doses thérapeutiques, non excessives, non toxiques ; 2° d'une façon très évidente, il réussit souvent à prévenir l'avortement, à prolonger la grossesse, à la conduire jusqu'à son terme normal.

VII. — De tous les médecins français qui s'occupent de *Vénéréologie*, il en est peu qui aient attaché leur nom à un plus grand nombre d'études importantes que M. le docteur Charles Mauriac. Je n'en voudrais pour preuve que cette brochure compacte de 70 pages, dans laquelle se trouvent énumérés et résumés plus de 40 mémoires ou articles parus en une douzaine d'années sur les questions les plus variées de la pathologie vénérienne (3). Rappelons le travail sur le *Psoriasis de la langue*, la belle monographie parue ici même et qui l'Institut a couronnée, sur les *Névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique* (GAZETTE MÉDICALE, 1869-70), les leçons sur l'*Herpès névralgique des organes génitaux* ; le mémoire sur le *Paraphimosis* ; les études sur le *Bubon*

(1) In-8 de 121 pages. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1883.

(2) Broch. in-8 de 93 pages. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

(3) In-8 de 81 pages. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(1) Un fort volume in-8 de 844 pages, avec figures intercalées dans le texte et 8 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

(2) In-8 de 164 pages. Paris, G. Masson, 1883.

(3) *Titres et travaux scientifiques du docteur Charles Mauriac*, in-8. Paris, Capiomont et Renault.

d'emblée; sur les *Ulcérations non virulentes des organes génitaux*, et tant d'autres qui font de ce simple exposé de titres un document des plus utiles à consulter. Car l'œuvre de M. Mauriac est déjà fort considérable.

VIII, IX et X. — Signalons, en terminant cette revue déjà bien longue : 1° d'abord une brochure humanitaire et pleine de cœur, vraie, de M. le docteur Lardier (de Rambervilliers). Elle a pour titre : *Les vénériens des champs*, et est consacrée à dévoiler les formes et les méfaits de la prostitution à la campagne (1) ; 2° un travail de M. le docteur Duhourcau qui préconise les eaux sulfureuses dans le traitement de la syphilis en les absolvant du reproche de produire une poussée thermale, ce qui ne veut pas dire, ajoute l'auteur, que ces eaux ne soient pas capables de la produire, surtout si le médecin cherche à la provoquer en recourant aux étuves et aux bains chauds et prolongés (2); 3° enfin, un mémoire de M. le docteur E. Gavoy, médecin militaire, qui relate les bons effets de la compression, combinée aux autres méthodes thérapeutiques, dans le traitement des bubons vénériens (3). M. Gavoy produit à l'appui de la méthode compressive dont il vante les bons effets treize observations d'adénite vénérienne de toutes formes, ulcérées ou indurées, suppurées ou non.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉDUCTION DES LUXATIONS SOUS-CORACOÏDIENNES RÉCENTES DE L'ÉPAULE, par le docteur LUCIEN PERRIER.

M. Perrier a entrepris d'étudier, dans sa thèse, le procédé de réduction des luxations de l'épaule proposé pour la première fois par Kocher (de Berne), il y a une quinzaine d'années. Vulgarisé en France par la thèse de M. Ceppi, par des observations de MM. Mayor, Comby, Carafi, ce procédé n'est pourtant pas devenu d'un emploi général. M. Perrier cherche les raisons de ce demi abandon et croit qu'il est dû à ce qu'on a voulu appliquer cette méthode à des cas où elle était contre-indiquée. Il reprend avec Kocher l'étude de l'anatomie pathologique des luxations de l'épaule, rappelle que, d'après lui et à l'encontre des chirurgiens français, la contraction musculaire jouerait un rôle secondaire dans la réduction, et que celle-ci serait avant tout subordonnée à l'intégrité plus ou moins grande de la capsule articulaire. Or le procédé de Kocher est le seul qui, dans *les luxations sous-coracoïdiennes*, puisse satisfaire à toutes les exigences des parties restées intactes de la capsule.

Nous ne pouvons ici que signaler les quatre temps que comporte cette méthode : 1° abduction du bras ; 2° rotation en dehors à l'aide de l'avant-bras fléchi et servant de manivelle ; 3° élévation ; 4° rotation en dedans. On voit que ce procédé est simple, rapide, et un court apprentissage suffit pour mener à bien avec lui les réductions d'une luxation sous-coracoïdienne récente. Ajoutons qu'il est généralement employé aujourd'hui par les internes des hôpitaux.

M. Perrier établit ensuite, et c'est là le point capital de son travail, les indications et les contre-indications à l'emploi de ce procédé. Il doit rester le procédé d'élection pour les luxations sous-coracoïdiennes *récentes* ; mais à cette seule classe il est constamment applicable. Pour les luxations sous-coracoïdiennes les plus habituelles, pour celles qui datent de quelques jours, on doit préférer la méthode de MM. Th. Anger et Desprès. Appliqué à la réduction des luxations anciennes, avec adhérences et nécessitant l'emploi du chloroforme, il peut donner de bons résultats, mais il ne vaut pas mieux que telle ou telle méthode dite aveugle et irrationnelle.

Dr E. DESNOS.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

HYGIÈNE DES PHTHISIQUES. — *Alimentation.* — L'alimentation des phthisiques doit être autant que possible composée de substances très nourrissantes et faciles à digérer. Aussi doit-on éviter, surtout lorsque les malades mangent peu, les légumes pris en quantité notable, les fruits, les aliments purement amylacés. Non qu'il faille les proscrire, car ils sont nécessaires pour varier l'alimentation ; ils sont agréables au goût et par suite ils excitent l'appétit. Mais la base solide de l'alimentation doit être la viande de bœuf, de mouton, de veau, de poulet, le gibier, les poissons, les laitages. La fraîcheur, la qualité et le mode de préparation de ces aliments sont loin d'être chose indifférente, car on sait avec quelle facilité les malades sont pris de dégoût et de vomissement sous l'influence de la toux.

Dans le plus grand nombre de ces cas, l'administration de la viande crue rend les plus grands services aux malades, qu'ils s'en nourrissent presqu'exclusivement lorsque l'anorexie est complète, ou qu'ils l'associent à d'autres aliments. C'est sous cette forme que la viande de filet de bœuf est le plus facilement digérée. Cette viande coupée à petits morceaux ou raclée de manière à éliminer les parties fibreuses, ou broyée, est avalée seule ou plus ou moins enrobée et masquée pour en dissimuler la vue et le goût. Le danger du ténia est un de ces inconvénients heureusement assez rares et qu'on évite en grande partie en mélangeant la viande crue avec l'eau-de-vie. L'association de l'alcool et de la viande crue dans la cure de la phthisie a pris une grande extension, depuis quelques années, à la suite de la publication par M. Fuster des heureux résultats obtenus par lui dans la phthisie. Ce n'est assurément pas là un agent thérapeutique ni un mode d'agir localement sur les lésions pulmonaires ; mais c'est un des plus puissants moyens de soutenir les forces des malades et de les nourrir. Pour les personnes, les femmes, les enfants qui éprouvent une répugnance invincible pour la viande crue, l'élixir alimentaire Ducro fait avec la viande crue et l'alcool rend des services analogues. L'habitude prise pendant la santé d'une consommation régulière, d'une réparation incessante, le médecin doit la subir et la continuer si la facilité des digestions et de l'assimilation le lui permettent. En empêchant une dépression trop brusque des forces, il abrège souvent la durée de la maladie et prépare une convalescence meilleure.

(1) Brochure in-12 de 36 pages. Paris, O. Doin, éditeur. Je ne saurais trop conseiller, non au point de vue scientifique, mais au point de vue social, la lecture de ces pages souvent émues, parfois sévères, qui tracent un tableau inquiétant de la facilité de propagation des maladies vénériennes à la campagne et dévoile les nombreux obstacles qui empêchent de supprimer une prostitution non clandestine, mais plutôt non surveillée, et par contre d'autant plus dangereuse.

(2) *Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Cauterets*, in-8 de 48 pages. Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(3) *Etudes cliniques sur le traitement des bubons vénériens*, in-8 de 90 pages. Paris, O. Doin, éditeur.

FORMULAIRE

PRÉPARATIONS D'IODOFORME.

1° Solution pour tampons vaginaux :

Rec. Iodoforme pur. . . . 1 gramme.
Glycérine 20 —
Essence de menthe. VI gouttes.

M. — Les tampons imprégnés de ce mélange et introduits dans le vagin peuvent être laissés en place pendant plusieurs jours.

2° Solution pour injections dans les cas de catarrhe chronique de la vessie et dans les cas de blennorrhagie uréthrale.

Rec. Iodoforme 1 gramme.
Glycérine 5
Eau distillée. 100

3° Pour injections sous-cutanées dans les cas de syphilis :

Rec. Iodoforme 1 gramme.
Ether sulfurique } āā 5
Huile d'olive . . }

M. Tous les jours ou tous les deux jours une injection de la valeur de 0,50 à 0,75 d'iodoforme.

4° Pour l'usage interne. Mixture contre les convulsions :

Rec. Iodoforme............. 1 à 2 grammes.
Iodure de potassium. 4 —
Vin de Tokay......... 10 —

M. — Dose : de trois à quinze *gouttes* de cette mixture trois fois par jour dans un verre de vin.

5° Pilules contre la bronchorrhée et l'emphysème.

Rec. Iodoforme................... 0 gr. 10
Poudre de lycopode........... 0 gr. 40
Extrait de semences de phellandre..................... 1 gramme.

F. s. a. — Pilules n° 10. De trois à cinq pilules par jour. Il faut être prévenu que l'usage interne de l'iodoforme dispose aux hémoptysies.

E. R.

BULLETIN

LES ASSOCIATIONS MÉDICALES.

Jamais peut-être, et dans aucune profession, on n'a cherché plus activement que de nos jours et dans la profession médicale, à appliquer le principe d'association.

Nous ne citons que pour mémoire nos deux premières et grandes associations, l'*Association générale des médecins de France* et l'*Association des médecins de la Seine*, dont l'état florissant s'accroît de jour en jour et permet ainsi de soulager un plus grand nombre d'infortunés.

A une date beaucoup plus récente, hier presque, se sont formés les *syndicats médicaux*, précédant de quelques mois la promulgation de la loi qui devait leur donner une existence légale. Si la Cour suprême sanctionne la jurisprudence du tribunal de Domfront et de la cour de Caen, cette existence légale leur sera même refusée. Mais ils ne désespèrent pas de leur bonne cause qui s'appuie, d'une manière évidente, sur les intentions du législateur et sur celles du gouvernement, nettement exprimées par M. Waldeck-Rousseau, et ils complètent leur organisation en reliant entre eux tous les syndicats d'un même département et en créant à Paris, sous le nom d'*Union des syndicats*, le centre fédératif de tous les syndicats de France.

Peut-être, tant que la jurisprudence ne sera pas définitivement fixée par la Cour de cassation, nos honorables confrères des syndicats agiront-ils prudemment en ne poussant pas plus loin leur organisation et en ne fixant pas trop l'attention de leurs futurs juges sur la fédération des syndicats de France. Sans doute ils peuvent arguer de l'autorisation qu'a reçue l'Association générale d'établir ainsi un lien fédératif entre toutes les sociétés locales des départements ; mais, d'un côté, cette autorisation a été tout exceptionnelle, et, d'un autre côté, elle a été toujours fort limitée ou fort restrictive, par la nature même de l'Association générale, qui est avant tout une société de secours mutuels, ce que l'autorité a eu soin de lui rappeler, chaque fois qu'elle a voulu s'occuper de la défense active des intérêts professionnels.

Les syndicats constituent des comités de défense pour ces mêmes intérêts ; ils ont à ce sujet une initiative qui ne saurait appartenir aux sociétés locales ; ils sont essentiellement militants. A ce point de vue, ils n'ont pas été partout et toujours bien acceptés de l'opinion publique, et toutes les préventions qu'ils ont fait naître ne sont pas encore tombées. Une fédération générale de tous les syndicats de France, en rappelant la puissance et les abus des corporations d'autrefois, peut en ce moment réveiller ou accroître ces préventions et peser peut-être d'un certain poids dans la décision de la Cour suprême. Nous croyons devoir signaler ce danger aux membres de l'*Union des syndicats*.

En attendant, on se préoccupe un peu partout des rapports à établir entre les syndicats, dont la *mort légale* n'est souhaitée par personne, et les sociétés locales affiliées à l'Association générale. La question a été portée devant le Conseil général de celle-ci, et sera l'objet d'un rapport dans la prochaine Assemblée générale. Nous ne croyons pas commettre d'indiscrétion en disant que la sympathie réciproque entre deux institutions issues d'un même principe sera la note dominante de ce rapport, et cette sympathie réciproque a déjà reçu sa consécration pratique dans plusieurs départements, tout récemment encore dans celui de la Gironde.

Comme troisième expression ou application du principe d'association, nous trouvons la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, à la création de laquelle M. Lande a attaché son nom. Nous avons fait connaître en temps et lieu (V. GAZ. MÉD., 1884) les divers projets, puis l'organisation définitive de cette institution, qui a rencontré et rencontre encore des sceptiques et des opposants. A en juger par ses débuts, elle triomphera certainement, avec le temps, du doute ou de l'appréhension des uns et de l'hostilité des autres. Elle a sa raison d'être, ne touche en rien à la marche ou au développement des institutions qui partent du même principe et ne fait que combler une lacune que celles-ci étaient impuissantes à remplir. Dans les luttes qu'elle a encore à soutenir, nous devons signaler, en la regrettant profondément, celle qu'a soulevée un honorable confrère de la Loire-Inférieure, qui a été l'un des premiers coopérateurs de l'œuvre,

puis est devenu dissident, et s'efforce maintenant d'élever autel contre autel. Un pareil mode d'agir serait propre à tout compromettre, aussi bien le projet de notre confrère que la Caisse des pensions qui fonctionne actuellement, si celle-ci ne reposait pas sur des bases solides.

A côté de la Caisse des pensions, on nous permettra de rappeler l'*Assurance mutuelle en cas de décès* dont nous avons tracé le plan d'après l'Association des *Old fellows*. Elle est encore à l'état de germe, mais il viendra certainement un moment où ce germe se développera, car l'Assurance dont il s'agit est à vrai dire le complément de la Caisse des pensions et constitue avec celle-ci l'équivalent des assurances mixtes contractées auprès des grandes Compagnies.

Mais ce n'est pas tout que de s'assurer une retraite à un certain âge et d'assurer, en cas de décès, un capital à sa femme et à ses enfants ; la maladie, les infirmités peuvent nous atteindre au milieu de notre vie active, nous réduire à l'impuissance, nous priver parfois du nécessaire, nous mettre dans l'impossibilité de payer nos primes d'assurance et nous exposer ainsi à perdre le bénéfice des primes déjà versées, c'est-à-dire des économies réalisées jusqu'à ce moment avec tant de peine. Sans doute l'Association générale viendra à notre secours et la Caisse des pensions nous paiera par anticipation une partie ou la totalité même de notre pension de retraite ; mais les ressources que nous puiserons à cette double source nous permettront tout au plus de parer aux besoins urgents ; le paiement de nos primes d'assurance restera en souffrance. De là est venu l'idée de créer une *Caisse de contre-assurances mutuelles*, idée dont plusieurs organes de la presse médicale, parmi lesquels il est juste de citer le CONCOURS MÉDICAL et le PRATICIEN, étudient et poursuivent la réalisation. Des institutions de ce genre, ou plutôt tendant vers le même but, existent déjà à l'étranger, par exemple en Angleterre, à côté de la *British medical association*, et en Autriche, où l'*Alliance des associations médicales* a fondé une Caisse de pensions pour les infirmes. D'après un projet élaboré par le PRATICIEN, la *Caisse médicale de contre-assurances mutuelles* qu'il s'agirait de créer en France, aurait pour but :

« 1o De faciliter aux docteurs et officiers de santé la possibilité de contracter des assurances sur la vie et de préférence des assurances mixtes ;

« 2o De recueillir des cotisations annuelles et des dons volontaires ;

« 3o De faire des avances aux sociétaires gênés momentanément pour verser leurs annuités d'assurance ;

« 4o Et *principalement*, en cas d'accident, de malaladie grave, d'infirmité, de répartir les fonds disponibles chaque année entre les victimes de manière : 1o à leur permettre de continuer à payer leurs primes ; 2o à les soutenir suivant les moyens dont pourra disposer la Caisse. »

Ce projet mérite d'être étudié avec soin, et nous ne saurions manqner d'y revenir.

On peut fort légitimement se demander si les différentes formes d'association que nous venons de passer en revue ne gagneraient pas à être unifiées au lieu d'agir isolément. Il viendra peut-être, probablement même un jour où cette unification s'imposera ; mais ce jour n'est pas encore arrivé. Il faut attendre que chacune d'elles, à l'instar de l'Association générale, ait fait ses preuves; que la jurisprudence sur leurs droits respectifs soit définitivement fixée; que lenr union, si non leur fusion puisse légalement se faire sans entraîner pour aucune d'elles une transformation équivalente à une dissolntion. En attendant, n'oublions pas que chacune de ces associations, issue du même principe et poursuivant le même but, qui est le bien-être moral et matériel de notre profession, a droit également à toute notre attention et à toutes nos sympathies.

D[r] F. DE RANSE.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 22 mars 1885, à midi et demi. Le registre d'inscription sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, tous les jours de midi à trois heures, du lundi 16 février au lundi 16 mars 1885. Les aides d'anatomie, seuls, sont admis à concourir.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions, pour quatre années, le 1[er] octobre 1885.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 16 mars 1885, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent fournir un certificat pour prendre leur seizième inscription de doctorat. Les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

— Notre collaborateur, M. J. Redard, vient d'être nommé chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Notre collaborateur M. le docteur Régis a inauguré, à la Faculté de médecine de Bordeaux, un cours libre de pathologie mentale qui obtient un véritable succès. L'enseignement libre, dans les Facultés de province, est encore à l'état embryonnaire. Avec des hommes de talent et de bonne volonté comme M. Régis, il pourrait prendre son essor, comme à la Faculté de médecine de Paris, et combler utilement pour les élèves les lacnnes que présente l'enseignement officiel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Honnorat est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie générale et d'histologie, en remplacement de M. Vialleton, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Griffe a été nommé aide de physiologie à la suite du dernier concours.

∴

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Noel est nommé préparateur de matière médicale, de minéralogie et d'hydrologie, en remplacement de M. Ruttinger, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Sainton est nommé suppléant pour la chaire de clinique interne, en remplacement do M. Charcelay, en congé de maladie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira le lundi 13 juillet 1885, à l'Ecole de médecine d'Alger, pour un emploi de nouvelle création de chirurgien-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha.

∴

Le quatrième Congrès de médecine interne se tiendra cette année, du 8 au 11 avril prochain, sous la présidence de M. Frerichs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

1. M. Schmitt. Du traitement opératoire de l'hydarthrose. — 2. M. François. Contribution à l'étude des plaies de l'œsophage. — 3. M. Hagen. Contribution à l'étude du coma diabétique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 15 JANVIER 1885.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 7. — Rougeole 35. — Scarlatine 2. — Coqueluche 3. — Dipthérie, croup 28 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 9 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 55. — Phthisie pulmonaire 197. — Autres tuberculoses 32. — Autres affections générales 60 — Malformation et débilité des âges extrêmes 70. — Bronchite aiguë 46. — Pneumonie 95. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 36. — au sein et mixte 23. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 107. — de l'appareil circulatoire 75. — de l'appareil respiratoire 94. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1,146 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Du traitement du cancer utérin (avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique), par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, librairie H. Lauwereyns, G. Steinheil, successeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce Duckworth, agrégé du collège royal de médecine de Londres. Ouvrage traduit de l'anglais et annoté par le docteur A. Sordes, précédé d'une préface de M. le professeur B. Ball, in-8 de 75 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le choléra (comment il se développe au Bengale, comment les Anglais le combattent), par le docteur Fernand Roux, ex-chef de service de santé dans l'Inde, avec 4 tableaux graphiques. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie H. Lauwereyns, G. Steinheil, successeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par le docteur Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. Un volume in-4 avec 50 planches de grandeur naturelle. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA CONGESTION RÉNALE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD ; recueillies par M. JUHEL-RENOY, chef de clinique adjoint à la Faculté.

Suite et fin. — Voir les numéros 7 et 8.

IV

La congestion rénale mérite une place et un nom à part. — Son étiologie. — Ses symptômes généraux permettent de distinguer une variété simple et une variété typhoïde. — Symptômes locaux. — Caractères de l'urine. — Marche, durée, terminaison. — Confondue souvent avec l'embarras gastrique fébrile, le lombago, la courbature, etc. — Diagnostic différentiel d'avec la néphrite catarrhale, l'hémoglobinurie et la fièvre typhoïde à forme rénale. — Traitement.

Ai-je besoin d'ajouter, après cette longue parenthèse, que notre malade ne rentre dans aucun des groupes précédents? Il faut donc lui créer une place à part, ou plutôt le réintégrer dans la place qu'il aurait occupée autrefois, avant que celle-ci fût absorbée par les envahissements du mal de Bright; je veux parler de la *congestion rénale*. Comme il est fort délicat de fixer d'une manière inflexible la barrière qui sépare la congestion de l'inflammation, on pourrait peut-être proposer la dénomination de *néphrite congestive aiguë ;* mais considérez combien la maladie s'est résolue rapidement et complètement, et j'imagine qu'avec l'impression anatomique qu'éveille le terme de néphrite, vous serez d'avis que le nom de *congestion rénale à forme typhoïde* est une appellation cliniquement plus précise.

Dans la congestion rénale, cette variété constitue une exception, car le plus souvent celle-ci évolue sans les symptômes typhoïdes qui, chez notre malade, sont restés sur le premier plan. Sous cette seconde variété, elle est même relativement assez fréquente ; mais comme la douleur lombaire est souvent diffuse et peu accentuée, on la met sur le compte d'une courbature ou d'un lombago, de sorte que sans l'examen de l'urine le diagnostic est matériellement impossible, et que l'on classe les malades en question sous l'étiquette de lombago, courbature, fièvre synoque, catarrhale, herpétique, embarras gastrique, rhumatisme musculaire, etc.

Cette fréquence relative et les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles cette affection donne lieu m'imposent le devoir de vous en tracer rapidement l'histoire clinique. Bien entendu, je ne vise ici que les cas idiopathiques où la congestion rénale survient d'emblée, et je laisse de côté ceux bien plus nombreux et mieux connus où elle n'est qu'un épiphénomène secondaire dans le cours d'autres maladies.

Le froid ou plutôt le refroidissement paraît dominer toute son *étiologie;* viennent ensuite les efforts musculaires et le surmenage ; enfin l'observation de M. le professeur J. Renaut tendrait à prouver qu'elle peut être primitivement d'origine infectieuse. J'ajouterai que tout récemment un nouveau

FEUILLETON

Chronique mensuelle

MÉDECINS ET CLIENTS. — PROCÉDÉS DIVERS DE RÈGLEMENT D'HONORAIRES. — LA LAÏCISATION AU CONSEIL MUNICIPAL. — MONOGRAPHIE DU LAÏCISME. — SON TRAITEMENT. — LA STATISTIQUE, SES SERVICES, SES GAIETÉS.

Les lecteurs de la GAZETTE ont pu lire le petit entrefilet concernant le collège des médecins d'Ontario et la décision prise par ces derniers de nommer « un médecin reconnu dans chaque division électorale, qui aurait pour mission de trancher les difficultés qui s'élèvent parfois entre praticiens et clients sur les honoraires réclamés ». A mon avis, nul doute que nos confrères américains n'arrivent au résultat demandé, grâce à leur esprit pratique; une seule chose m'étonne, c'est qu'ils aient attendu si longtemps. C'est en effet une question vitale (en même temps que fort irritante) que ce chapitre des honoraires! Les clients récalcitrants ou chicaneurs sont, il est vrai, dans l'habitude de nous payer de diverses façons.

« La médecine est un sacerdoce », disait l'un d'entre eux sortant d'un cabinet connu ; et tandis que l'Esculape approuvait d'un air discret et railleur, notre homme sortait sans plus dire, imaginant qu'une phrase payait un avis. — Ne serait-ce pas méconnaître le caractère sacerdotal des choses de la médecine que de l'abaisser aux régions inférieures du mercantilisme en « l'honorant » ?

— Ce ne sont pas les seules façons « d'honorer » le médecin, et à ce titre les clients sont plus ou moins petits-fils de cet astucieux Panurge qui, comme chacun sait, avait tant de bons tours en sa besace.

Un médecin fort distingué ne me contait-il pas, il y a peu de jours, la paraphrase charmante d'un sien client qui, chaque consultation terminée, s'avançait gravement vers lui, tandis que ses doigts fouillaient les profondeurs de son gousset : « Le prêtre vit de l'autel », disait-il sentencieusement en faisant sonner sur le marbre de la cheminée le louis sacramentel, puis il partait, et

fait observé par M. J. Renant donne à cette vue une réelle valeur d'avenir. Il s'agit d'une femme non albuminurique qui, après avoir en nne pnenmonie dont elle guérit parfaitement, fut prise plusieurs jours après sa sortie de l'hôpital d'une anasarque généralisée, puis d'accès éclamptiqnes. Les urines, sanglantes et albnmineuses, contenaient des microcoqnes. M. Renaut fit une culture de l'urine prise dans la vessie avec une sonde de verre flambée. Les microcoques pnllulèrent dans la gélatine de Koch et le produit de la culture fut injecté à deux lapins, sous la peau et dans les veines, par M. Gabriel Roux. Ces lapins devinrent albuminuriques et leurs humeurs, cultivées de nouveau, ont reproduit des cultures identiqnes à la primitive.

Cliniquement, sa symptomatologie comprend des manifestations de trois ordres, à savoir : un état général, un état local, des caractères particuliers du côté de la sécrétion urinaire.

Les *symptômes généraux* sont ceux d'une pyrexie à son début; ils se présentent sous deux aspects dominants.

Dans le premier, ce sont les phénomènes généraux d'un état gastrique fébrile, avec léger frisson au début, puis fièvre, céphalalgie, anorexie, soif vive, malaise général ou courbature. Le pouls bat à 90 et 100; la température monte à 38°,5 et 39; parfois au début elle atteint et dépasse 40. C'est la *forme commune ou simple de la congestion rénale.*

J'en ai observé cette année même plusieurs exemples dont le suivant pourra vous servir de type :

Un jeune peintre de 21 ans, habitant Paris depuis un an et n'ayant jamais été malade, est pris le 31 janvier, après s'être exposé au froid, de frissons, de fièvre, de céphalalgie, sans diarrhée ni épistaxis. Je le vois le 2 février pour la première fois : il était très abattu et répondait fort lentement aux questions qu'on lui posait. La céphalalgie était assez vive pour lui arracher des gémissements, et il réclamait l'obscurité, tant la lumière impressionnait péniblement ses yeux. Avec cela une complète anorexie, langue blanche, un peu rouge à la pointe, un état nauséeux et une sensibilité de tout l'abdomen. Il ressentait aussi une douleur dans la région lombaire et une sensation de brisement général. La peau était chaude et moite, le pouls plein et fréquent, la fièvre vive. Nulle part la pression dn doigt ne révélait d'œdème.

Je demandai à voir l'urine; elle était rougeâtre, loucbe, très acide et laissait déposer nn sédiment brunâtre formé de globules rouges et blancs avec quelques cylindres épithéliaux et des amas pigmentaires. Traitée par la chaleur, elle laissait déposer un abondant précipité albumineux qu'avec l'albuminimètre d'Esbach j'évaluai à 3 grammes. En outre, elle renfermait de l'indican et un excès d'acide urique.

Le lendemain 3 février, la fièvre a diminué, mais l'état général est toujours le même. L'urine est encore plus foncée que la veille, quoiqu'elle contienne moins d'albumine.

Le 4, défervescence complète; le malade se sent mieux; l'urine est toujours foncée, mais l'albumine diminue sensiblement. Depuis hier, un groupe d'herpés est apparu sous la narine droite.

Le 5, l'urine augmente notablement de quantité et l'on ne trouve plus que des traces d'albumine.

Le 6, l'urine est pâle et très abondante, l'albumine a disparu. Le malade demande à sortir et à reprendre ses occupations.

La conrbe ci-jointe vous permettra de suivre la rapide évolution thermique de cette variété de congestion rénale avec sa défervescence brusque, qui dans le cas actuel a atteint 3°8 en quarante-huit heures.

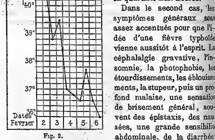


Fig. 2.

Dans le second cas, les symptômes généraux sont assez accentués pour que l'idée d'une fièvre typhoïde vienne aussitôt à l'esprit. La céphalalgie gravative, l'insomnie, la photophobie, les étourdissements, les éblouissements, la stupeur, puis un profond malaise, une sensation de brisement général, souvent des épistaxis, des nausées, une grande sensibilité abdominale, de la diarrhée, enfin un pouls à 100-110, la température à 39°5-40, tel est l'ensemble plus ou moins complet dans son expression, suivant les cas, qui justifie la séparation de cette variété, sous le nom de *congestion rénale à forme typhoïde.*

Notre malade peut être considéré comme un type de cette

---

lorsque notre confrère allait prendre « l'offraude », cette dernière était partie, ayant réintégré la poche du donateur! Que dites-vous de ce malade faisant voir la « couleur de son argent » et trouvant que cela est suffisant?

On ne tarirait point d'ailleurs sur les facéties inbérentes à ces excellents clients. Tel, en déposant les « bonoraires », troque sa petite pièce contre une autre d'un modnle supérieur. J'en passe et des meilleurs, négligeant même le procédé original d'un mien client, artiste distingué, qui, étonné de recevoir sa note en ce mois de janvier, m'écrivait que, ayant été jusqu'à présent « gâté », c'est-à-dire que ne payant pas, ma demande le confondait. La conclusion ne s'impose-t-elle pas? Que ceux d'entre nous qui « vivent de l'autel » se réunissent pour établir un règlement leur donnant le droit de se faire régler « illico » visite ou consultation, ou sans cela laissons les choses aller leur train.

— Laisser les choses aller leur train, n'est-ce point encore ce qu'il y a de plus sage? Cette réflexion nous était inspirée par le projet prêté à M. Peyron de « laïciser » un peu à nouveau, le Conseil municipal étant affecté, comme chacun sait, d'une maladie nouvelle dont j'ai la bonne fortune de pouvoir donner à nos lecteurs les caractères généraux :

Maladie d'importation récente (le siège néfaste de Paris aurait présidé à son éclosion); elle attaque les grands centres et, chose remarquable, ses manifestations ont toujours lieu en Conseil municipal. Cette règle est applicable aussi bien à Marseille qu'à Paris. Les conseillers municipaux, députés ou médecins (on sait qu'il n'existe pas d'incompatibilité) atteints ont en général un faciès expressif : visage anxieux, œil scrutateur (si bien décrit par Briquet dans l'hystérie), tendances impulsives et locomotrices à la vue d'une cornette ou d'une robe de bure. Ces vésaniques sont pénétrés de cette idée originale que toute laïque est une sainte, et que toute religieuse est une illnminée capable de faire des prosélytes et non de soigner des malades.

Le laïcisme est essentiellement cbronique, contagieux (on cite quelques médecins des hôpitaux qui en sont affectés) et sa guérison temporaire ne s'obtient qu'au moyen de quelques arrêtés semblables à ceux du dernier directeur de l'Assistance publique, et qu'on sollicite à nouveau du directeur actuel.

espèce morbide. Je puis vous en citer encore un autre exemple non moins caractéristique. Il s'agit d'un imprimeur de 27 ans, ayant eu la fièvre typhoïde en 1873, et qui fut pris le 19 février, après un refroidissement, de nausées, de malaise général avec étourdissements et impossibilité de se tenir debout, et enfin d'une vive rachialgie. Je vis le malade le 22 février. Il avait la physionomie d'un typhique avec sa face légèrement violacée, son immobilité, ses réponses lentes, son apparence de stupeur. L'insomnie, la cépbalalgie ne l'avaient pas quitté depuis le début de son mal. La nuit précédente, il avait eu la diarrhée; le ventre était sensible à la pression, la peau brûlante et sèche. Mais la fièvre typhoïde antérieure, l'absence d'hypertrophie de la rate, la violence de la rachialgie, m'inspirérent des dontes qui furent confirmés par l'examen de l'urine. Celle-ci était rougeâtre, avec un sédiment renfermant quelques cylindres épithéliaux et des globules rouges. Elle contenait un peu d'albumine, un grand excès d'acide urique et beaucoup d'indican.

Le 25, comme vous pouvez vous en assurer par l'examen de la courbe n° 3, la température élevée du début tendait à s'atténuer régulièrement. Le malade était inondé de sueurs profuses, mais le malaise et la stupeur n'étaient pas améliorés, non plus que la rachialgie. L'urine, moins trouble, ne laissait plus déposer de globules rouges; l'albumine n'avait pas diminué sensiblement; l'indican avait disparu avec la diarrhée.

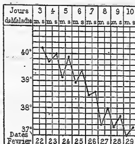


Fig. 3.

Le 26, continuation des sueurs profuses et amélioration considérable. Pour la première fois depuis le début, le malade a dormi. L'urine est encore foncée, mais elle ne renferme plus ni globules rouges ni hémoglobine dissoute. L'albumine n'est décelable par aucun réactif, l'acide urique a augmenté dans de grandes proportions.

Puis, en même temps que la défervescence thermique suivait son cours, la quantité de l'urine s'élevait, et l'urobématine réapparaissait.

Le 2 mars, le malade reprenait ses occupations; il ne lui restait plus qu'un peu de faiblesse et une tendance marquée à la sudation.

Dans les exemples que je viens de vous rapporter, comme dans tous les cas de congestion rénale primitive qui sont à ma connaissance, ce qui domine la *symptomatologie locale*, ce sont les douleurs lombaires spontanées et augmentant par la pression sur le rein. Leur intensité est très variable; parfois on est obligé de les chercher par une méthodique exploration de la région rénale, tandis que chez d'autres malades elles simulent une violente rachialgie. Comme phénomène accessoire et moins constant, je vous signale un peu de sensibilité vésicale et une légère dysurie; enfin j'ajoute que l'œdème manque toujours.

Les caractères présentés par l'*urine* sont la véritable pierre de touche du diagnostic. Celle-ci a une *couleur* bouillon de bœuf avec des reflets rougeâtres plus ou moins accentués. Rarement elle est transparente; ordinairement son *aspect* est trouble, même quand elle a été mise au repos pendant quelques heures. L'*odeur* est d'une fadeur toute particulière et rappelle celle du pain bouilli. Sa *réaction* est très acide. La *quantité* légèrement diminuée oscille suivant les cas de 700 à 1,100. La *densité* varie de 1,020 à 1,026.

Cette urine laisse déposer un *sédiment* assez abondant, formé de flocons légers, se collectant lentement, et présentant une coloration brune ou brun rougeâtre. L'examen microscopique dénote dans ce sédiment les éléments suivants :

1° Des *cylindres* nombreux, hyalins ou épithéliaux; d'autres, moins abondants, sont finement granuleux; d'autres enfin renferment des globules rouges encore facilement reconnaissables et des granulations pigmentaires;

2° Des *globules rouges* plus ou moins altérés, dont la plupart ont subi la déformation en calotte et laissé exosmoser

— La statistique, cette science d'importation aussi récente que la maladie que nous venons de décrire, présente une lacune dans les colonnes si remplies qu'elle nous expédie chaque semaine. Elle se garde en effet de nous donner le nombre de ces attaques de laïcisme, ce qui ne manquerait pas d'être intéressant. Il est vrai qu'on ne peut tout nous dire, et que nous devons adresser nos remerciements les plus vifs à M. Bertillon, continuateur des belles traditions paternelles. Jadis on se contentait de relever les naissances et les morts; cette grossière énumération ne pouvait durer. Chaque semaine le médecin soucieux de la santé de ses clients n'a qu'à ouvrir la deuxième page du *Bulletin de statistique*; quelle joie l'y attend! Les bomards n'y valent que 1 fr. 95, les faisans 3 fr. et les bécasses 2 fr.; enfin, jouissance de gourmet : pour 7 fr. la marenne verte vous est offerte. Et si, d'un doigt léger, vous tournez le feuillet, espérant trouver quelques renseignements culinaires supplémentaires, vous y rencontrez « le relevé des services funèbres avec ou sans cérémonie religieuse » (ceci est très important par ce temps de laïcisme épidémique); « le relevé des concessions perpétuelles dans les cimetières parisiens ». Et qu'on vienne nous dire que la statistique n'est point utile : quel livre de méditation pieuse nous fait mieux sentir notre néant? Au *verso*, toutes les incitations de nos appétits brutaux; au *recto*, le commentaire, la paraphrase du « *Memento quia pulvis es* ».

DUPLEX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE DE PARIS. — Cette Société décernera, en 1885 et 1886, une médaille d'or, une médaille de vermeil et deux médailles d'argent, aux meilleures thèses soutenues sur des sujets d'hygiène devant les Facultés de médecine de France pendant les années scolaires 1884-85 et 1885 86.

Les thèses devront être envoyées au siège de la Société, 3. rue de l'Abbaye, avant le 15 octobre.

— Par décret sont nommés : président du Conseil de santé d'Italie, M. Constanzo Mazzoni, professeur à l'Université de Rome; vice-président, M. le professeur Luigi Malassi; membres pour trois ans : MM. les professeurs Giacomo Maleschotti, Davide Toscani (de Rome) et Giuseppe Sapolini (de Milan).

leur hémoglobine que l'examen spectroscopique permet de retrouver dans l'urine ;

3° Des *globules blancs* chargés de granulations pigmentaires et dont le noyau imprégné de pigment a pris une teinte brunâtre ;

4° Des *cellules libres* d'origine rénale, pigmentées comme les globules blancs :

5° Des amas libres de *pigment noir* amorphe ;

6° Des cristaux *d'acide urique* dont la constance n'est pas absolue.

Dès le début de la maladie, vous trouverez dans l'urine une quantité *d'albumine* qui dépasse rarement 2 à 4 gr. dans les vingt-quatre heures. Mais un des traits caractéristiques de l'affection est la diminution brusque de cette albumine, puis sa rapide disparition. Assez souvent, cependant, vous observerez des retours légers et fugaces de l'albumine, et cela surtout quand, après sa totale disparition, vous constaterez que l'urine est encore rougeâtre et que le sédiment renferme toujours des globules rouges et blancs. Tant que ces éléments figurés existent, vous devez prévoir le retour possible, mais passager, de l'albuminurie.

J'ajouterai enfin, pour en terminer avec les urines, que l'on trouve d'une manière presque constante, au début de la maladie, les réactions de l'*indican*.

Les trois ordres de symptômes que je viens de résumer forment un ensemble clinique déjà caractéristique ; mais ce qui en fait le cadre complet, c'est son évolution toute spéciale.

La *marche* peut se définir par un seul mot : rapidité. Après quelques oscillations, la température redevient normale, en même temps que les symptômes généraux s'atténuent promptement, avec ou sans crise sudorale. Seule, la sensibilité rénale est plus durable, sans toutefois que sa persistance excède quelques jours.

Vous savez déjà que l'albumine est transitoire ; il en est de même de l'indican, qui disparaît avant ou avec la chute de la température. L'urine reprend peu à peu sa coloration habituelle, les sédiments bruns et floconneux sont remplacés par des cristaux d'acide urique ; la réaction de l'*urohématine* apparaît avec une considérable intensité. En même temps la quantité de l'urine s'élève à 1,250 cc., 1,500 cc, 2,250 cc., se maintient quelques jours autour de 2,000 cc., avec une teinte très pâle et des quantités croissantes d'urohématine, puis revient peu à peu à la normale.

Donc la *durée* de la congestion rénale ne saurait être longue : quelques jours pour la forme simple ; deux semaines environ pour la forme typhoïde. Le cas que nous venons d'étudier est le plus long de ceux qu'il m'a été donné d'observer, puisqu'entre le début des accidents et la guérison complète il s'est écoulé une trentaine de jours. La période fébrile est très courte. Ordinairement la température tombe au dessous de 38°, en quatre à dix jours, sauf dans les cas d'exception comme notre malade, chez lequel d'ailleurs, le jour précis du début n'a pu être déterminé.

Je n'insisterai pas sur la *terminaison*, car jusqu'à présent tous les cas connus de moi se sont terminés par la guérison. Quant au *début*, il est presque toujours brusque et suit de très près le refroidissement initial.

Le *diagnostic différentiel* n'offre aucune difficulté. Déjà vous savez qu'en examinant l'urine vous distinguerez aisément la congestion rénale de l'*embarras gastrique fébrile*, du *lumbago*, de la *courbature*, etc. ; il ne reste donc de confusion possible qu'avec la néphrite catarrhale, l'hémoglobinurie *à frigore*, la fièvre typhoïde à forme rénale et la néphrite aiguë à symptômes typhoïdes.

Or, si les points de contact sont nombreux entre la congestion rénale et la *néphrite catarrhale*, si toutes deux présentent le même mode de début, la même albuminurie, la même marche rapide, elles diffèrent en ce que l'urine de la congestion rénale contient toujours des globules rouges du sang, des amas pigmentaires et de l'hémoglobine dissoute, tandis qu'elle n'en renferme qu'exceptionnellement, transitoirement, et en minime quantité dans la néphrite catarrhale. Enfin le léger œdème qui accompagne si souvent cette dernière manque toujours dans l'affection que je tente d'individualiser.

Reste l'*hémoglobinurie*, ce symptôme commun à de nombreux troubles morbides et dont une variété a été élevée au rang d'entité sous le nom « d'hémoglobinurie paroxystique *à frigore* ». Laissez-moi vous dire, en passant, qu'on a, bien à tort, englobé sous la dénomination d'hémoglobinurie la plupart des cas où les urines présentent une coloration rougeâtre d'apparence sanguinolente, associant ainsi, dans une formule aussi étendue qu'inexacte, l'urine chargée d'hémoglobine avec les urines pigmentaires ou hémaphéiques, et avec celles qui tiennent de l'uroèrythrine en dissolution. Il reste donc bien entendu que je n'accorde le nom d'hémoglobinurie qu'aux cas où l'urine ne renferme que de l'hémoglobine en dissolution, sans globules rouges dans le sédiment. En nous en tenant à ce critérium, nous avons déjà des raisons suffisantes pour refuser toute assimilation de la congestion rénale à l'hémoglobinurie, puisque dans l'urine de la première on trouve des globules rouges ; mais la marche paroxystique de l'hémoglobinurie diffère tellement de l'évolution presque cyclique de la congestion rénale, que, pour un observateur consciencieux, toute confusion me paraît bien difficile.

On peut encore confondre la congestion rénale primitive avec la *fièvre typhoïde à forme rénale* et la *néphrite aiguë à symptômes typhoïdes ;* mais j'ai suffisamment indiqué tout à l'heure les éléments du diagnostic différentiel pour qu'il soit inutile d'insister davantage.

Le *pronostic* de cette affection paraît essentiellement bénin, si j'en juge par les cas qu'il m'a été donné d'observer. Je voudrais pourtant formuler dès à présent une réserve sur l'*avenir rénal* des malades dont il s'agit ; mais cette réserve est d'ordre purement hypothétique, et sa justification reste subordonnée à l'étude de la vie pathologique ultérieure des individus chez lesquels on aura diagnostiqué cette congestion rénale. Je me borne à appeler votre attention sur ce point, je devrais dire sur cette lacune qu'il serait si intéressant de remplir.

Quel *traitement* convient-il d'employer ? Plus il sera simple, mieux il vaudra, car cette congestion rénale paraît avoir une tendance naturelle à la guérison. Aussi vous vous contenterez d'appliquer trois ventouses scarifiées de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire ; vous prescrirez le repos au lit et des boissons abondantes : au premier rang de celles-ci figurera le lait. Puis, vers le troisième jour et en vous guidant d'ailleurs sur l'état de la langue, vous administrerez un léger purgatif salin.

Dans la forme typhoïde, vous ne craindrez pas de donner un peu de vin ; s'il y a de l'abattement, vous irez jusqu'à la potion de Todd. L'alcool, en effet, a produit dans

notre cas le meilleur résultat : l'albumine disparut presque aussitôt après son emploi et l'urine devint en même temps moins trouble et moins sédimenteuse. Mais il ne faudrait pas prolonger trop longtemps l'administration de l'alcool, car chez notre malade la chose arriva par suite d'une méprise de l'infirmier, et je ne serais pas éloigné de croire que ce fut là un des motifs du retour temporaire de l'albuminurie.

J'ai tenté, messieurs, de reconstituer devant vous la congestion rénale primitive, qui, après avoir joui d'une complète autonomie, avait disparu dans les maladies voisines; je crois vous avoir prouvé que, comme elle possède une symptomatologie et une évolution qui lui appartiennent en propre, elle mérite encore de tenir une place à part dans la clinique des maladies rénales, en attendant que de nouvelles recherches aient définitivement élucidé son anatomie pathologique et sa pathogénie.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Observation de névralgie diabétique, par le docteur Florain.

M. le docteur Cornillon a résumé dans un excellent travail, paru l'année dernière dans la Revue de médecine, tous les cas de névralgies diabétiques qui ont été observés, tant en France qu'à l'étranger.

Les faits peu nombreux connus jusqu'à ce jour ne permettent point d'établir d'une manière satisfaisante la pathogénie de cette névralgie qui, apparaissant souvent dans le cours et surtout au début du diabète, peut être facilement reconnue, grâce à ses caractères typiques: intensité, exacerbations nocturnes et symétrie.

Cette affection ne se rencontre point fatalement chez tous les diabétiques ; mais, lorsqu'elle existe avec les caractères indiqués, elle est pathognomonique de la glycosurie.

Voici l'observation d'une névralgie rebelle d'origine diabétique bien caractérisée :

Au mois de septembre 1884, M^me Julie P..., âgée de 44 ans et originaire du Puy-de-Dôme, vint me consulter pour des névralgies, survenant toutes les nuits, limitées aux doigts des membres supérieurs et d'une intensité telle que la malade ne pouvait prendre un seul instant de repos.

Antécédents. — Cette femme n'a jamais été malade; réglée à 18 ans, elle s'est mariée à 37. Sa mère vit encore et son père est mort d'une fluxion de poitrine, alors qu'elle avait 17 mois. Elle a eu deux enfants ; pour le premier, né trois ans et demi après le mariage, l'accouchement a été très laborieux et a nécessité l'emploi du forceps; le deuxième accouchement s'est fait naturellement.

Quelque temps avant sa dernière grossesse et pendant toute la durée de la gestation, cette femme éprouvait des douleurs intolérables, survenant pendant la nuit, après une heure ou deux de sommeil, et disparaissant complètement le matin.

Ces douleurs, qu'elle compare à des piqûres d'épingle, ont débuté par la main gauche, puis les doigts correspondants de la main droite ont été pris et successivement tous les doigts ont été envahis, toujours avec la même symétrie.

Seuls les petits doigts étaient un peu moins douloureux.

Pendant l'accouchement, les douleurs cessent complètement; deux mois après, elles n'ont point encore reparu, lorsqu'au mois de février 1884 survient une métro-péritonite qui ne présente rien de particulier.

La malade garde le lit jusqu'au 13 mars et à cette époque les règles reviennent avec abondance pendant sept ou huit jours.

Un mois environ après la guérison, les douleurs reparaissent et suivent la même marche que la première fois, affectant toujours les mêmes doigts et avec la même symétrie.

Dès que la malade se couche, elle ressent depuis la racine jusqu'à l'extrémité des doigts des fourmillements intolérables; il lui est impossible de rester longtemps au lit et elle n'éprouve un peu de soulagement qu'en se promenant dans la chambre.

Au jour, les douleurs se calment, mais les doigts restent engourdis; sous l'influence du chaud et du froid, elle ressent des fourmillements bien moins intenses que pendant la nuit.

En outre, la malade accuse une soif assez vive.

Pour calmer ces douleurs, tout a été essayé : le sulfate de quinine, le bromure de potassium, le valérianate de zinc ont été administrés sans succès.

Les frictions avec de l'huile camphrée semblent procurer un peu de soulagement.

Lorsque la malade vint me consulter au mois de septembre, la polydipsie n'existait plus, mais les règles n'avaient point reparu et cette femme souffrait horriblement.

Les divers médecins qui avaient été consultés, attribuant ces névralgies à la suppression des règles, avaient ordonné les bains de pieds sinapisés, le bromure de potassium et le sulfate de quinine, sans obtenir la moindre amélioration.

Je fis moi-même une prescription analogue, espérant calmer cette névralgie par le sulfate de quinine et le valérianate de zinc administrés à haute dose.

Le 16 octobre 1884, la malade n'accusant aucun soulagement, j'analyse l'urine, qui renfermait 25 gr. de sucre par litre et une notable quantité d'urée ; la salive avait une réaction acide.

La malade fut immédiatement soumise au régime et au traitement alcalin; de plus, je procédai deux fois par semaine à la faradisation des deux mains.

Je faisais passer le courant d'une assez forte bobine de Rhumkorff dans deux vases en zinc remplis d'eau acidulée, où la malade plongeait ses mains pendant vingt minutes.

Les secousses étaient assez fortes pour être senties jusqu'au niveau des épaules. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuèrent d'intensité et de durée.

Le 5 novembre, l'urine contient encore 12 grammes de sucre par litre; les douleurs ont complètement disparu dans la main droite; il survient le matin, vers cinq heures, quelques fourmillements dans la main gauche pendant un quart d'heure environ. Pendant la journée, les doigts ne sont plus engourdis et la malade peut se livrer à des travaux d'aiguille. Il est à remarquer qu'elle ressent bien plus vivement les secousses électriques du côté droit que du côté gauche et que, depuis le début de l'amélioration, la sensibilité électrique s'est notablement accrue.

Le 25 novembre, les règles sont revenues; la main gauche est toujours un peu douloureuse, mais seulement au réveil et plusieurs jours après que la malade a été électrisée.

Le 15 décembre, je fais de nouveau l'analyse de l'urine qui ne contient plus que de légères traces de sucre. Depuis cette époque, la malade est complètement guérie; malgré cela, le traitement alcalin est continué.

Conclusions. — A quoi faut-il attribuer ces névralgies ? Leur début avant la grossesse, alors que cette femme était bien réglée et jouissait d'une santé relativement excellente, doit écarter toute idée d'anémie; la gestation ne peut non plus entrer en ligne de compte, puisque les douleurs reviennent trois mois après l'accouchement et après une métro-péritonite suivie d'hémorrhagie menstruelle très abondante.

Quand j'ai vu la malade, elle était fatiguée par le manque

de sommeil et par la persistance des douleurs, mais nullement anémiée; je n'ai point trouvé de bruit de souffle au cœur ni dans les vaisseaux, l'appétit était conservé et, en somme, l'état général était satisfaisant.

Seule l'aménorrhée pouvait être mise en cause, erreur que je n'ai pas tardé à reconnaître, vu l'insuccès des préparations martiales et de la médication habituelle. Du reste, le siège de ces névralgies, leur retour la nuit, leur intensité et surtout leur symétrie ne se présentent jamais dans les névralgies des anémiques. J'avais donc bien affaire à cette forme de névralgie qui a été signalée dans le cours et au début du diabète, ce que l'analyse de l'urine et les résultats obtenus par un traitement rationnel démontrent clairement.

Dans ce traitement, une bonne part du succès revient à la faradisation.

Après les premières séances, les douleurs étaient notablement calmées et la malade passait une ou deux nuits sans souffrances, puis une nouvelle faradisation produisait un calme d'une plus longue durée.

Rarement appelé à observer des cas de diabète, il ne m'appartient pas de faire la pathogénie de la névralgie diabétique, et je me garderai bien d'édifier une théorie sur une seule observation.

Quelle que soit la cause de la névralgie glycémique, il est bien évident que cette affection, disparaissant sous l'influence du traitement alcalin et du régime, est le résultat de l'accumulation du sucre dans le sang (*sublatâ causâ, tollitur effectus*).

Un état glycosurique peu prononcé suffit à sa production, et il semblerait, d'après cette observation et les faits rapportés par le docteur Cornillon, que ces névralgies sont l'indice de la souffrance de l'organisme au début du diabète.

Quel est le rôle de l'électricité?

Les contractions produites par le passage d'un courant fréquemment interrompu déterminent le tétanos physiologique des muscles soumis à la faradisation. Il en résulte un travail musculaire considérable et la formation d'acide lactique aux dépens de l'inosite du tissu musculaire et des éléments hydrocarburés accumulés dans le sang.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, il est incontestable que la faradisation donne d'excellents résultats dans le traitement de cette variété de névralgie.

REVUE CRITIQUE

Congrès de la Société française d'ophthalmologie.

(*Session de janvier 1885.*)

Suite. — Voir le numéro précédent.

L'*aponévrose de l'orbite*, successivement étudiée par Tenon, Bonnet, Hélie, Bogros, Sappey, Richet et Tillaux, paraissait bien connue dans tous ses détails.

M. Motais (d'Angers) est cependant arrivé par ses patientes dissections à des notions toutes nouvelles sur cette membrane.

Contrairement à l'opinion généralement admise, cet auteur soutient que ce n'est pas une seule et même membrane, entourant le globe de l'œil, et formant les gaines musculaires et les ailerons ligamenteux. S'appuyant sur ses dissections d'anatomie comparée et humaine, il affirme que la capsule de Tenon est formée de *deux membranes* superposées, mais parfaitement distinctes :

1° Une capsule interne ou bulbaire;

2° Une capsule externe ou musculaire.

1° *Capsule bulbaire.* — Elle est mince, transparente, doublée d'un endothélium à sa surface interne; elle s'étend du nerf optique à la cornée. Elle adhère au globe en avant et en arrière au niveau de l'entrée dans la sclérotique des vaisseaux ciliaires postérieurs, de sorte que, dans l'opération de l'énucléation du globe, on la déchire forcément et, sans la superposition d'un autre plan membraneux moins adhérent, on entrerait inévitablement dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite.

De la face externe de cette membrane à l'équateur de l'œil se détache une expansion circulaire, un diaphragme qui se fixe en haut et en bas sur la lèvre interne du cartilage tarse, en dedans sur la crête de l'os unguis en avant de l'aileron interne, en dehors près du rebord orbitaire, en avant de l'aileron externe.

2° *Capsule externe.* — Dans leurs 4/5 postérieurs, les muscles sont réunis entre eux par une aponévrose commune, qui se dédouble sur leurs bords pour leur former une gaîne.

Un peu en arrière de l'équateur, cette aponévrose se divise en deux lames : 1° une lame postérieure qui se replie en arrière pour tapisser l'hémisphère postérieur du globe *dont elle était séparée par la capsule bulbaire.* C'est évidemment cette lame, qui n'a pas été isolée de la capsule bulbaire, qui a fait croire que les gaînes musculaires et les ailerons provenaient de cette dernière. — 2° Une lame antérieure qui se porte partout au rebord orbitaire; de plus, en haut et en bas par la lèvre externe des cartilages tarses.

Les rapports des muscles avec les deux capsules sont les suivants :

Les muscles ne sont en rapport avec la capsule externe que dans leurs 4/5 postérieurs. Près du tendon, cette capsule abandonne complètement le muscle, la lame postérieure de la capsule externe forme sous le muscle, au point de séparation, une sorte de cravate sur laquelle le muscle se réfléchit.

La lame antérieure s'épaissit au niveau du point où elle se sépare du muscle et forme une bande fibro-musculaire à laquelle Tenon donnait le nom d'aileron ligamenteux. Cet aileron est très développé en dehors (aileron externe), moins développé en dedans (aileron interne). Il est double pour le muscle droit supérieur et se rend d'une part sur la gaîne du tendon du muscle grand oblique et d'autre part à l'angle interne de l'orbite avec le tendon du muscle releveur.

L'aileron du muscle droit inférieur se jette sur le muscle oblique inférieur, qu'il enveloppe, et se prolonge jusqu'à l'orbite avec l'aileron du muscle petit oblique lui-même.

La partie antérieure de la capsule bulbaire entoure le cinquième antérieur du muscle et le tendon s'attache sur ses bords et n'adhère pas ni en avant ni en arrière au tendon dont elle est séparée par une bourse séreuse.

M. Motais fait remarquer que la capsule unique admise jusqu'ici constituait une exception anatomique, qui aurait dû frapper par son étrangeté : on ne voit nulle part dans l'économie une membrane séreuse devenir tour à tour une gaîne musculaire, du tissu cellulo-adipeux des ligaments, des expansions fibro-musculaires. La description de cet auteur ramène donc la capsule de Tenon aux conditions normales : d'une

part, une séreuse pour l'articulation enorthrodiale de l'œil; d'antre part, une aponévrose commune aux muscles de l'œil comme on l'observe pour toue les muscles groupés dans une région.

M. PONCET pense que les aponévroses décrites par M. Motais ont pu être formées par un artifice de ecalpel. Il demande le contrôle par l'histologie.

M. Motais insiste eur l'appui que lui donne l'anatomie comparée et il montre d'admirables préparations dans lesquelles on voit, chez certaine poissone, la division très nette de l'aponévrose en capsule interne et externe.

— Les complications de la *myopie progressive* ont de tout temps attiré l'attention des ophthalmologistes. C'est ainsi que dans cette affection on observe très fréquemment le staphylôme postérieur occupant le côté externe du nerf optique; puis, à un degré plus avancé, la scléro-choroïdite postérieure, des foyers de chorio-rétinite, des hémorrhagies dans la région de la macula, des choroïdites atrophiques.

La ténotomie complète des muscles droits externes, l'emploi des verres prismatiques, recommandés pendant longtemps, dans le but d'éviter les complications de la myopie progréssive, sont aujourd'hui reconnus insuffisants et même dangereux.

M. ABADIE, s'appuyant snr une expérience clinique étendue, démontre que la ténotomie partielle pent rendre de réels services en combattant l'asthénopie musculaire. Il montre, point abeolument nouveau, que certaines lésions matérielles liées au développement de la myopie progressive et à l'ectasie exagérée des enveloppes de l'œil, sont aussi justiciables de ce procédé opératoire.

Pour cet anteur, l'importance des lésions qui compliquent la myopie est en général en rapport avec l'allongement, la distension du globe oculaire et par suite avec les progrès de la myopie. D'après lui, ces complications sont toujours graves en raison du rôle physiologique si délicat des points envahis (c'est ici bien plus nne question de siège que d'étendue). La tache jaune est-elle intéressée, pour si peu que ce soit, la vision centrale pourra être abolie désormais et la lecture rendue impossible, tandis qu'une vaste plaque atrophique entourant la macula, mais n'empiétant pas sur elle, ne provoquera qu'un scotome qui passera presque inaperçu.

M. Abadie a remarqué que, chez un certain nombre de malades atteints d'insuffisance des droits internes avec des lésions du pôle postérieur de l'œil, la ténotomie partielle, tout en faisant cesser les symptômes de l'asthénopie musculaire, exerçait aussi une influence favorable sur l'acuité visuelle, qui s'améliorait, et snr la réfraction de l'œil qui diminuait parfois d'une à deux dioptries. Cette action favorable de la ténotomie partielle s'explique, d'après M. Abadie, par la théorie d'Emmert. Avec Emmert, M. Abadie affirme que très fréquemment, lorsqu'on examine sur le cadavre un œil myope et son attache au nerf optique, on constate que, du côté temporal, les lames de la sclérotique, dans les points où elles vont se continuer avec les gaînes du nerf optique, sont profondément disloquées.

Dans toute la région du staphylôme et de la plaque de choroïdite atrophique qui lui correspond, la paroi scléroticale, au lieu d'être ferme et résistante comme dans le reste de son étendue, est séparée en deux feuillets par suite du prolongement et de l'agrandissement de l'espace vaginal du nerf optique.

Si cette dislocation de la paroi s'accentue, les vaisseaux et nerfs afférents et efférents du globe oculaire, qui pénètrent à ce niveau dans le voisinage du pôle postérieur et qui traversent un espace vide (agrandissement de l'espace vaginal), dont la situation et la forme changent presque à chaque instant avec la position du regard, manquent de soutènement, se rompent, et de là des lésions matérielles graves.

M. Abadie penee que l'on peut atténuer la pression, les tiraillements que subit l'insertion scléroticale externe du nerf optique pendant l'acte de la convergence: 1° en invitant le malade à s'abstenir de travaux minutieux de lecture et écriture, etc.; 2° en affaiblissant les muscles droits externes par la ténotomie partielle avec ébarbements.

Conformément à ces prévisions, l'observation clinique lui a montré qne, chez un certain nombre de maladies appartenant à cette catégorie, la ténotomie partielle procurait une amélioration réelle.

— Les procédés pour l'*extraction de cataracte molle*, congénitale ou traumatique, sont nombreux; tous ont fait leur preuve, et il est bien évident que l'on ne peut ériger en méthode générale, soit la discision, soit l'extraction linéaire, soit l'aspiration. Ces méthodes opératoires ne donneront des résultats précis qu'à la condition que le chirurgien marque dans quelles conditions elles doivent être adoptées, dans qnelles conditions elles doivent être rejetées.

La *discision*, avec laquelle on obtient de bons résultats, est cependant passible de quelques reproches: poesibilité de produire des subluxations pendant l'opération, lenteur dans la guérison, nécessité de tentatives opératoires multiples, inflammations secondaires fréquentes, atrophie consécutive de l'œil. Il suffit de consulter ses souvenirs ou de lire les observations publiées pour se convaincre de l'importance des reproches adressés à cette opération.

L'*extraction linéaire*, absolument indiquée dans les cas de cataractes nucléaires, assez fréquentes chez l'enfant, ne doit pas être employée comme méthode générale dans les cataractes molles. Elle présente en effet à cet âge des difficultés sérieuses; elle expose à des complications inflammatoires primitives ou secondaires souvent fort graves.

P. REDARD.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX ANGLAIS

LARYNGITE CATARRHALE. — TRACHÉOTOMIE. — DIFFICULTÉS A RETIRER LA CANULE. — MORT SUBITE PAR ASPHYXIE CINQUANTE JOURS APRÈS L'ABLATION DE LA CANULE. — AUTOPSIE : BOURGEON CHARNU POLYPIFORME IMPLANTÉ SUR LA CICATRICE DE LA PLAIE TRACHÉALE.

Elisa H..., âgée de 2 ans et demi, est admise à l'hôpital dans le courant du mois de février 1882. Bien nourrie et bien développée pour son âge, cette enfant ne présentait aucune trace de rachitisme. Elle avait seulement quelques ganglions au con survenus à la suite d'un eczéma du cuir chevelu. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise d'un enrouement très marqué; pas de coryza ni d'angine. Le lendemain, la respiration devenait si laborieuse, si difficile, que la trachéotomie dnt être pratiquée. Au cours de l'opération,

aucune fausse membrane ne fut rejetée; on n'en vit pas non plus dans la trachée. La respiration redevint normale et tout alla d'abord fort bien. Cependant plusieurs tentatives faites pour retirer la canule échouèrent jusqu'au 15 mars. A chaque fois qu'on essayait de retirer le tube pour le nettoyer, l'enfant était prise de quintes de toux violentes, l'inspiration devenait pénible, sifflante, et il fallait le remettre en place aussitôt. Bientôt cependant l'ablation de la canule fut mieux supportée, et quelques jours après elle fut retirée définitivement. La respiration s'effectua d'abord librement; la voix n'était plus enrouée; toutefois la malade présenta à plusieurs reprises, et toujours durant la nuit, des accès de dyspnée fort graves. Le 31 mars, quarante-huit jours après la trachéotomie, elle était subitement enlevée dans un de ces accès d'oppression. La trachée fut aussitôt ouverte, mais ce fut en vain.

A l'autopsie, on trouva implanté tout près de la cicatrice de la première incision trachéale un amas considérable de granulations. Cette masse de bourgeons était pédiculée et faisait saillie dans la trachée dont elle obstruait considérablement la lumière. Il y avait un peu d'œdème des replis aryténo-épiglottiques (The Lancet, 7 février 1885 : *On some complications of tracheotomie*).

Cette observation, publiée par M. le docteur W. Parker, chirurgien de l'hôpital des Enfants (Londres), est donnée comme un exemple de bourgeons charnus polypiformes consécutifs à la trachéotomie. Voici quelle est, d'après l'auteur, le mécanisme des accidents qui, dans ce cas, ont abouti à une terminaison fatale. L'irritation causée par la petite tumeur, le léger degré d'œdème qui l'accompagnait, expliquent les difficultés qu'a présentées tout d'abord le retrait de la canule. Après son ablation définitive, le polype augmentant progressivement de volume a provoqué des accès de dyspnée spasmodiques, au cours desquels les bourgeons charnus dont il était constitué devenaient turgescents par suite de la gêne apportée à la circulation veineuse pendant le spasme glottique. Ces bourgeons ont pu ainsi, dans un paroxysme plus violent, effacer complètement le calibre de la trachée et déterminer brusquement la mort.

Les exemples de cet accident consécutif à la trachéotomie sont assez rares. On en compte à peine dix. Tels sont les faits publiés par Gigon (d'Angoulême), Bouchut, Calvet, Jacobi (de New-York), Bergeron, Sanné et Archambault (Soc. clinique, 1879). Dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Petel (*Des polypes de la trachée survenant après cicatrisation de la trachéotomie et nécessitant une nouvelle opération*, thèse de doct. Paris, 1879) a groupé et classé ces observations.

Il faut distinguer deux cas : ou bien la production polypeuse s'est formée avant qu'on ait pu opérer le retrait de la canule, c'est dans les faits de cet ordre que l'ablation de la canule est rendue impossible pendant des mois et des années (cas de Bouchut : voir th. de Carrié. Paris, 1879); ou bien elle ne s'est produite ou du moins n'a acquis son plein développement que quand la plaie était déjà fermée. C'est dans cette catégorie que semble devoir être rangé le cas rapporté par M. le docteur Parker.

Pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin, anémie de Trousseau) avec dépôts leucoplasiques dans la dure-mère cranienne, par M. le docteur W. Suckling, médecin de Queen's Hospital (Birmingham).

Jeune homme de 19 ans entre à l'hôpital le 22 novembre 1884, se plaignant de douleurs de tête et de vertiges. Le début de son affection remonte à trois semaines. Il a éprouvé tout d'abord une céphalalgie gravative atroce, à peu près continue, augmentant surtout pendant la nuit et localisée principalement à la partie postérieure de la tête. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut qu'il voyait les objets doubles. Ce jeune homme maniait fréquemment le plomb; il n'avait jamais eu de chancre ni aucun autre accident pouvant être rattaché à une syphilis méconnue; pas d'alcoolisme. Dans ses antécédents héréditaires, rien de particulier. Quatre jours auparavant, il avait été pris de vertiges.

A son entrée à l'hôpital, il était dans l'état suivant : pâle et très amaigri, d'une physionomie exprimant la souffrance; strabisme convergent de l'œil gauche, indiquant une paralysie du nerf de la 6e paire; céphalalgie limitée à la partie postérieure de la tête, mais toujours intense. La percussion de cette région du crâne était fort douloureuse. Anorexie, constipation, langue sèche, soif vive. Les ganglions du cou et de l'aisselle étaient peu hypertrophiés; le foie et la rate paraissaient considérablement augmentés de volume. Les réflexes étaient normaux. Il n'existait aucun trouble de la sensibilité.

Le malade pouvait à peine se tenir debout; il vacillait sur ses jambes et menaçait de tomber tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre; en d'autres termes, ses impulsions vertigineuses n'avaient pas une direction unique. Pupilles égales, normalement contractiles, mais dilatées.

L'examen du fond de l'œil montra qu'il n'existait aucune trace de névrite optique. Les veines de la papille semblaient seulement être plus volumineuses et plus flexueuses qu'à l'état normal.

Le 28 novembre, l'état du malade est à peu près le même. Examen du sang. — Le nombre des globules blancs s'est accru, mais en si faible proportion qu'on ne peut pas dire qu'il y ait leucocythémie.

Le 30 novembre, la respiration s'accélère; la température, qui avait oscillé entre 98o et 101o Farhenheit, s'élève rapidement à 104o Farh. et le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Rien aux poumons ni au cœur. Ganglions bronchiques absolument sains.

A l'ouverture de l'abdomen, l'intestin apparaissait parsemé de points blancs correspondant aux follicules solitaires hypertrophiés; les plaques de Payer étaient larges, épaissies, et se voyaient également par transparence à travers la tunique péritonéale de l'intestin; elles ne présentaient aucune trace d'inflammation. Les ganglions mésentériques avaient le volume d'œufs de pigeon. La rate, uniformément atrophiée, pesait 762 gr.; les corpules de Malpighi aisément visibles à l'œil nu. Le foie, volumineux, pesait 3 k. 192 gr. Dans la zone corticale du rein gauche, amas blanchâtre de la grosseur d'un grain de citron.

Après avoir enlevé la calotte cranienne, on voyait à la surface extérieure de la dure-mère une série d'épaississements ou d'amas en forme de plaques, composés d'un tissu mou et rougeâtre. Un de ces dépôts néoplasiques s'enfonçait, à la manière d'un polype, dans la fente sphénoïdale, entourant ainsi les nerfs à leur entrée dans l'orbite. Des excroissances analogues comprimaient les sinus latéraux; toutes ces productions avaient comme érodé la calotte cranienne aux points correspondants. L'examen histologique montra qu'elles étaient constituées par un réticulum délicat dont les mailles étaient gorgées de globules blancs (The Lancet, 7 févr. 1885).

Cette observation est remarquable à un double point de vue. Elle prouve une fois de plus que la leucocythémie et l'hyperplasie des organes lymphoïdes, tout en se montrant souvent associées, peuvent se produire isolément et indépendamment l'une de l'autre; elle est un rare et peut-être unique exemple de dépôts leucoplasiques dans la dure-mère au cours de la lymphadénie. Enfin la prédominance chez ce malade des symptômes céphaliques, conséquence de cette localisation insitée, et qui avait conduit au diagnostic de tumeur cérébrale, ajoute à la rareté anatomique du cas un certain intérêt clinique.

A. DUTIL.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, par A. POULET et H. BOUSQUET, professeurs agrégés au Val de-Grâce.—Paris, O. Doin, éditeur, 1885.

C'est avec un véritable plaisir que nous saluons l'apparition de ce livre, due à la collaboration laborieuse de deux jeunes chirurgiens militaires. Ces deux gros volumes forment la majeure partie du *Traité* qui sera complété avant la fin de la troisième année par un tome troisième. On ne saurait trop louer tout d'abord la somme énorme de travail dépensé pour le rapide accomplissement d'une pareille œuvre. Ajoutons qu'il suffit d'ouvrir et de parcourir le livre pour se convaincre que la qualité est presque toujours à la hauteur de la quantité. Il représente assez exactement l'état actuel de la science tant à l'étranger que dans notre pays. Une bibliographie sommaire placée en tête de chaque chapitre indique les publications fondamentales faites sur le sujet dont il traite. Les œuvres capitales, celles qui marquent une étape véritable dans nos connaissances, sont seules indiquées. Sont judicieusement passés sous silence les travaux qui ne sont que la répétition de leurs devanciers; exception est faite toutefois pour les thèses récentes donnant un bon résumé d'ensemble: le nom d'auteur et la date suffisent à les indiquer. Ainsi l'élève se trouve immédiatement en mesure de recourir aux sources mêmes auxquelles ont pensé les auteurs sans être écrasé par un énorme amas d'indications, destiné bien plus à mettre en lumière l'érudition de l'écrivain qu'à être vraiment utile à celui qui le lit.

Enfin un choix heureux de caractères typographiques établit une division nette entre toutes les parties d'un même chapitre et permet de saisir d'un coup d'œil et les points principaux de l'exposition et les noms d'auteurs qui y sont disséminés. Un grand nombre de figures originales ou habilement choisies dans d'autres ouvrages contribuent encore à la clarté du texte.

Pour terminer cet aperçu général, il faut signaler un esprit de véritable indépendance qui attribue impartialement à chacun la part qui lui revient sans se laisser influencer par les considérations de personne ou d'école. C'est un mérite qui a toujours été rare et qui l'est peut-être plus particulièrement encore aujourd'hui.

Passons à l'analyse rapide de l'ouvrage:

Dans le premier volume sont exposées les théories de l'inflammation d'après les recherches les plus récentes.

Dans le chapitre des traumatismes, une grande place a été faite à la méthode antiseptique ainsi qu'aux agents parasitaires. L'étude des tumeurs a été l'objet de recherches sérieuses. Les auteurs ont dépouillé les travaux des divers histologistes et essayé de mettre d'accord la clinique et la théorie.

Pour faire comprendre le mécanisme qui préside à la réparation des lésions osseuses, ils ont, dans un chapitre général, résumé et présenté une vue d'ensemble de la physiologie pathologique du tissu osseux.

Les altérations osseuses de la tuberculose constituent un chapitre tout à fait neuf, dans lequel se trouvent condensés et analysés les travaux allemands et la manière de voir spéciale de MM. Poulet et Bousquet. Ils ont essayé aussi de discuter le traitement de ces lésions, question essentiellement à l'ordre du jour. Ce chapitre contient de nombreuses figures originales pour lesquelles ont été mis à contribution le musée et le laboratoire d'histologie du Val-de-Grâce.

Les théories et expériences de Messerer sur les fractures des os, ayant jeté un jour nouveau sur le mécanisme de ces lésions, se trouvent consignées avec soin.

Les plaies et fractures par armes à feu, présentant une physionomie absolument différente depuis l'emploi des armes à longue portée, ont été traitées d'une manière spéciale. Les expériences de Kocher, Fischer, etc., sont résumées et contrôlées par les recherches personnelles de M. Bousquet.

Dans le second volume, nous signalerons le soin avec lequel sont résumées les affections du nez, des yeux et de la bouche.

Nous n'avons qu'un souhait à formuler pour le tome troisième: c'est qu'il soit à la hauteur des premiers.

Ainsi se trouvera complété un excellent ouvrage, intermédiaire aux simples manuels et aux traités encyclopédiques, qui sera à la fois utile à l'élève et au praticien.

SAMUEL POZZI.

FORMULAIRE

PRÉPARATIONS A L'ACIDE BORIQUE.

1° Pommade contre l'eczéma chez les enfants:

(DELAPORTE.)

Rec.	Acide borique finement pulvérisé.	6 grammes.
	Vaseline	30 —
	Baume du Pérou	0,50 centigr.

M. s. a.—L'acide borique, en tant qu'antiseptique, convient tout particulièrement dans la pratique infantile.

2° Solution pour applications dans les cas de pityriasis versicolor:

(NEUMANN.)

Rec.	Alcool	30 grammes.
	Acide borique	1 —
	Glycérine	5 —
	Essence de girofles.	q. s.

M. s. a.

3° Solution pour injections dans les cas de blennorrhagie et de cystite:

Rec. Acide borique.... 2 grammes.
Eau.......... 120 —

M. e. a.

4o Contre les brûlures, en applications topiques :

(Bono.)

Rec. Acide borique finement pulvérisé. 1 gr. 5.
Glycérine................. 4 —
Huile d'olives............. 30 —

M. e. a. — Agiter avant de s'en servir.

Ce mélange peut servir également à enduire les sondes avant de pratiquer le cathétérisme.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Tentative d'assassinat sur un médecin. — L'Union médicale rapporte, dans son nnméro de jeudi dernier, une tentative de meurtre, avec guet-apens, faite sur un honorable confrère du département du Nord.

M. le docteur Benoît (de Lille) reçoit vers minuit la visite d'nn individn qui le prie de se rendre en toute hâte dans un hameau voisin, auprès d'une dame qui est au plus mal. Arrivé à la maison indiquée, il la trouve fermée et, sur l'expression de son étonnement, l'individu, qui était venu le chercher et l'accompagnait, décharge sur lui deux coups de revolver. M. Benoît heureusement n'est pas atteint; il s'arme de son poignard laboure la main de son agresseur, le force à lâcher le revolver et le fait arrêter quelque temps après par un agent de sûreté. Le meurtrier, interrogé, répond qu'il a voulu exercer une vengeance contre M. Benoît à propos d'un secours que celui-ci, comme président d'une société de secours mntuels, aurait refusé à son fils.

M. Benoît a reçu d'unanimes et sympathiques félicitations de ses confrères de Lille.

Les attentats semblables à celni dont il a failli être victime sont encore relativement assez rares, et c'est heureux, non seulement pour les médecins, mais encore et surtout pour le public qui serait le premier à souffrir si les médecins, jugeant qu'ils payent suffisamment leur tribut à la société en bravant la contagion sous toutes ses formes, refusaient de s'exposer la nuit aux coups des assassins. Il faut reconnaître, à ce point de vue, que l'organisation du service médical de nuit, dont notre ami M. Passant a doté la ville de Paris, est excellent en garantissant contre le danger de tout guet-apens les médecins qui consentent à faire le sacrifice de leur repos.

— Service médical de nuit. — Puisque nous venons de mentionner ce service, nous reproduisons quelques chiffres statistiques qui en démontrent une fois de plus l'utilité.

Pendant le dernier trimestre de l'année écoulée, on a relevé 2,604 visites, au lieu de 1,773 faites pendant le trimestre correspondant de l'année précédente, soit 831 visites en plus. Il est vrai qu'à ce moment il y a eu le choléra et la peur du choléra, et le mois de novembre comprend à lui seul 1,185 visites. Dans ce chiffre, nous trouvons, parmi les maladies ayant nécessité les visites de nuit, 145 cas de choléra, 11 de *choléraphobie* (ou peur du choléra), 273 de cholérine et 237 de troubles intestinaux divers.

Parmi les autres maladies ou les accidents les plus fréquents de cette statistique, notons les suivants : accouchements ou délivrances, 284; accidents relatifs aux accouchements, 151; angines, 102; bronchites, 142; hémorrhagies, 89; plaies et contusions, 94; empoisonnemente, 12; suicides, 4; mort à l'arrivée du médecin, 63.

Le service médical de nuit, commencé le 1er janvier 1876, a constamment progressé depnis cette époque. La première année (1876), il y a eu 3,616 visites; en 1880 (5e année), 6,341 visites; en 1883 (8e année), 9,895 visites. En 1884, malgré le choléra, il y a une haisse sensible : 8,712 visites. Néanmoins la progression est constante depuis le début. Le service est assuré par 739 médecins et 308 sages-femmes.

— Le procès Bradley. — Ce n'est pas seulement des assassins que les médecins doivent se garer dans l'exercice de leur profession, mais encore des fausses accusations qui peuvent avoir pour conséquence, comme cela vient de se passer pour le docteur Bradley, de Brimmington, une condamnation aussi dure qu'injuste.

Notre confrère anglais est accusé de viol par une femme. Le crime se serait accompli dans une maison habitée; on n'a entendu ancnn cri; on n'a constaté ni sur la plaignante, ni sur l'inculpé, aucune trace de violences, ancune tache, aucune souillure. Sur la seule déposition de la plaignante, dont le père est dans une maison de santé, et sujette elle-même, depuis l'âge de onze ans, à des attaques d'épilepsie, le docteur Bradley a été condamné, par les assises de Leicester, à deux ans de prison, avec travaux forcés.

Le corps médical anglais s'est vivement ému de cette condamnation. Une commission composée de médecins, de chirurgiens, de médecins légistes, *etc.*, a rédigé, sur le cas du malheureux confrère, une consultation qui conclut à l'impossibilité de le déclarer coupable et par suite de le condamner. Sa grâce a été demandée au *Lord chief justice*.

Une autre conclusion se dégage de ce triste procès; c'est que, dans la pratique, le médecin ne saurait pécher par trop de réserve ni trop de prudence quand il a affaire à des malades dont les facultés mentales peuvent être plus ou moins atteintes, et qui prennent ainsi des rêves ou des hallucinations pour des réalités.

— Un pharmacien, marié, sans enfants, désire trouver gérance ou remplacement. — S'adresser au bureau du journal.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première session, 1885. — Paris. — Semaine de Pâques.

Questions a l'ordre du jour (1).

I. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

(1) Adresser les communications et cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Cotisation annuelle, 20 francs. — Fondateur (jusqu'au 15 février), 200 francs.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Mary (de Cette). — M. le docteur Roulin (de la Roche-sur-Yon). — M. le docteur de Capsa, professeur à la Faculté de Bucharest. — M. le docteur Lucœ, professeur d'anatomie à Francfort.

*
* *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DU SEMESTRE D'ÉTÉ. — Ces cours commenceront le 16 mars. Voici les principaux sujets qui seront traités :

COURS MAGISTRAUX.

Histoire naturelle médicale. — M. BAILLON. — *Cryptogames et monocotylédones.*

Physiologie. — M. BÉCLARD. — *Le sang ; la circulation. — La respiration ; la chaleur animale. — La nutrition.*

Pathologie chirurgicale. — M. GUYON. — *Des maladies des articulations et des luxations.*

Médecine légale. — M. BROUARDEL. — *Asphyxie par pendaison, strangulation, par suffocation et par submersion. — Infanticide. — Exercices pratiques à la Morgue.*

Pharmacologie. — M. REGNAULD. — *Généralités sur les formes pharmaceutiques. — Etude chimique des médicaments au point de vue de la posologie et de l'art de formuler.*

Pathologie et thérapeutique générales. — M. BOUCHARD. — *Infections septiques ; pathogénie et thérapeutique.*

Pathologie interne. — M. DAMASCHINO. — *Maladies de la moelle épinière et des nerfs.*

Pathologie expérimentale et comparée. — M. VULPIAN. — *Etudes de pathologie expérimentale sur le système nerveux.*

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. TARNIER. — *Pathologie de la grossesse. — Opérations obstétricales.*

Hygiène. — M. BOUCHARDAT. — *Des causes des maladies les plus meurtrières. — Moyens d'en diminuer les ravages. — Hygiène comparée.*

Thérapeutique et matière médicale. — M. HAYEM. — *Des grands modificateurs de la nutrition dans leurs applications au traitement des maladies chroniques.*

COURS AUXILIAIRES.

Pathologie interne. — M. RENDU, agrégé. — *Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes. — Maladies des organes génito-urinaires.*

Pathologie externe. — M. PEYROT, agrégé. — *Maladies du cou, de la poitrine, de l'abdomen et de la partie inférieure du tronc, sauf les maladies des organes génito-urinaires.*

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Chimie médicale. — M. HANRIOT, agrégé. — *Métaux. — Chimie organique : complément du cours d'hiver.*

Histoire naturelle. — M. Raphaël BLANCHARD, agrégé. — *Zoologie médicale : les helminthes.*

Physique. — M. GARIEL, agrégé. — *Instruments d'optique. — Magnétisme et électricité. — Propriétés moléculaires des corps.*

Physiologie. — M. RÉMY, agrégé. — *Physiologie des organes des sens.*

Anatomie pathologique. — M. STRAUS, agrégé. — *Des lésions anatomiques déterminées par les microbes. — Anatomie pathologique des principales maladies infectieuses — Classification des tumeurs.*

Accouchements. — M. CHARPENTIER, agrégé. — *Dystocie.*

Les leçons cliniques d'un côté, les exercices de laboratoire de l'autre, complètent, au point de vue pratique, ce programme d'enseignement.

*
* *

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — Ce concours sera ouvert le lundi 30 mars 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats, ouvert le lundi 23 février 1885, sera clos définitivement le mercredi 11 mars 1885, à trois heures.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le jeudi 23 avril 1885, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 9 mars au mercredi 15 avril 1885 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1885 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1889.

Pour tous les autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

*
* *

FACULTÉ DE NANCY. — Par décret, en date du 21 février 1885, M. Heydenreich, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Nancy, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1885, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, s'ouvrira le 9 novembre prochain.

*
* *

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle. Nos lecteurs ont pu lire, dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, les noms des lauréats.

*
* *

MM. les docteurs Chervin, Bertillon, Czernicki, sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique près le ministère du commerce.

— En Russie, le ministre de l'instruction publique vient de décider que tout porteur d'un diplôme de docteur en médecine des Facultés étrangères ne sera autorisé à exercer la médecine dans le pays qu'après avoir subi avec succès un examen sur les sciences accessoires de la médecine, dont l'étude est obligatoire dans les universités russes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884.

1. M. Carton. Les eaux de boisson de Lille. — 2. M. Godefroy. De la taille hypogastrique. — 3. M. Gros. De la propagation des

inflammations de la plèvre au péritoine et *vice versâ*. — 4. M. Champagne. Recherches expérimentales et cliniques sur l'anesthésie générale et locale par le bromure d'éthyle. — 5. M. Bilouet. Essai sur la construction des hôpitaux militaires. — 6. M. Curtis. Etude sur les épanchements sanguins enkystés du tissu cellulaire et des muscles.— 7. M. Widhent. De la nature du rachitisme. — 8. M. Legay. Développement de l'utérus jusqu'à la naissance.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 15 au samedi 21 février 1885.

Fièvre typhoïde 17. — Variole 3. — Rougeole 39. — Scarlatine 1. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 51. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 204. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 38. — Pneumonie 98. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 42. — au sein et mixte 25. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 94. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 90. — de l'appareil digestif 39. — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 32. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1,124 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par le docteur Paul Coudray, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté. Un volume in-8 de 108 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Flore de Paris (Phanérogames et cryptogames). — Contenant la description de toutes les espèces utiles ou nuisibles, avec l'indication de leurs propriétés médicales, industrielles et économiques et des tableaux dichotomiques très détaillés permettant d'arriver facilement à la détermination des familles, des tribus, des genres et des espèces de toutes les phanérogames et cryptogames de la région parisienne ; augmentée d'un tableau donnant les synonymes latins ; les noms vulgaires, l'époque de floraison, l'habitat et les localités de toutes les espèces, d'un vocabulaire des termes techniques et d'un mémento des principales herborisations, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Un beau vol. in-18 jésus de 950 pages avec 702 figures dans le texte. — Prix : broché, 8 fr. ; cartonné diamant, 9 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

De la spermatorrhée, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 de 140 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 10 7 MARS 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

TÉRATOLOGIE

NOTE SUR DEUX NOUVEAUX CAS DE PSEUDO-HERMAPHRODISME, par M. le docteur S. POZZI, agrégé, chirurgien de Lourcine. (Présentée à la Société de biologie le 31 janvier 1885.)

Depuis que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de biologie un cas de pseudo-hermaphrodisme mâle (20 janvier et 16 février 1884), je n'ai cessé d'étudier les diverses questions que soulève l'examen des vices de conformation chez l'homme. Je compte vous communiquer le résultat de mes recherches dès qu'elles me paraîtront assez avancées. En attendant, je ne crois pas devoir tarder davantage à vous donner la relation de deux nouveaux faits qui ont été soumis à mon observation.

Le premier seul est tout à fait inédit. Je dois à mon excellent collègue et ami M. le docteur Motet d'avoir pu le recueillir. Il a bien voulu, avec une obligeance dont je ne saurais trop le remercier, m'appeler au mois de février de l'an dernier à la prison des jeunes détenus, où Javard était alors enfermé. J'ai pu ensuite le revoir chez ses parents et le faire dessiner avec soin.

La seconde observation a déjà été publiée par mon cher collègue le docteur Guérin-Roze dans les Bulletins de la Société médicale des hôpitaux, à laquelle il a montré le sujet le 28 novembre dernier. Les ARCHIVES DE TOCOLOGIE ont reproduit sa description et les réflexions judicieuses qui l'accompagnent. Toutefois, mon collègue ayant bien voulu avec une courtoisie parfaite me permettre d'étudier longuement le sujet, je joindrai à sa description quelques détails anatomiques complémentaires qui m'ont particulièrement frappé, à cause sans doute de la direction spéciale de mes recherches.

Voici tout d'abord la première observation :

PSEUDO-HERMAPHRODISME CHEZ UN JEUNE HOMME PRÉSENTANT UN ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX.

Développement féminin des mamelles. — Vestiges de petites lèvres débordant le raphé scrotal. — Atrophie générale des organes génitaux externes.

Jan..., âgé de 18 ans. Taille, 1m,55 ; pas de barbe, *aspect* plutôt féminin du visage. La *voix* est celle d'un enfant ou d'une femme.

Les *seins* sont très développés, offrant le volume qu'ils ont chez une femme adulte ayant une belle poitrine. Le mamelon, l'aréole, les tubercules de Montgomery, ont l'aspect féminin.

Les *fesses* sont proéminentes, grasses.

Distance entre ses deux épines iliaques antéro-supérieures = 27 centimètres.

Organes génitaux externes. — On est tout d'abord frappé de leur peu de développement. La verge a 4 centimètres et la grosseur de celle d'un enfant à peine pubère. Il y a peu de poils et leur disposition est caractéristique. On observe : 1° un bouquet audessus de la verge, sans prolongement supérieur le long de la ligne blanche ; 2° une traînée de poils longs et rares le long du pli génito-

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Février 1885.

Les dangers de la pratique médicale. — Médecins et assassins. — Delpech (de Montpellier). — Le choléra et les doctrines contagionnistes. — La capacité prolifique des professeurs de Faculté de médecine : stérilité à Paris, fécondité à Lyon. — Une fête médicale. — *Traduttore Tradditore*. — Un nouveau Josué. — Des inconvénients de l'érudition. — Un auteur grec mal placé.

Le médecin praticien ne dort pas tranquillement sur des feuilles de roses Encore ne lui laisse-t-on pas toujours le temps de dormir. On a pu lire, dans le dernier numéro, la relation de la visite nocturne qui a failli coûter la vie à un de nos plus estimables confrères. Nous félicitons M. Benoît d'avoir pu échapper ainsi aux balles de son assassin, car tous les médecins ne sont pas aussi heureux.

Il serait bien long à établir, pour qui voudrait le tenter, le martyrologe de notre profession. Qu'il nous suffise de rappeler la fin de l'illustre professeur de Montpellier, Delpech. « Dans l'après-midi du 29 octobre 1832, assis dans une voiture ouverte, ayant près de lui son domestique, il se rendait, suivant sa coutume, à l'établissement orthopédique qu'il avait fondé. Derrière la fenêtre d'une maison devant laquelle M. Delpech doit passer, attentif au mouvement de la rue, un homme est caché. Il voit venir la voiture, saisit un fusil, descend rapidement l'escalier et se place sur la porte de la maison. M. Delpech l'aperçoit, le reconnaît et fait signe d'arrêter. Aussitôt part un coup de feu. M. Delpech s'affaise sans pousser un cri. Le meurtrier craint d'avoir manqué sa victime, un second coup retentit. L'infortuné domestique qui avait reçu M. Delpech dans ses bras tombe à son tour mortellement frappé. Le cheval épouvanté entraîne la voiture, et lorsqu'il s'arrête à la porte de la maison de santé, le maître et le serviteur avaient cessé de vivre. . . . .

« Cependant l'indignation succède à la surprise, on pénètre dans la maison où s'est réfugié l'assassin. Déjà il était trop tard. Lorsqu'on arriva près de lui, on le trouva baigné dans son sang. Emportant avec lui son secret, le malheureux s'était donné la mort.

« Cette horrible catastrophe est restée enveloppée de mystère. On apprit seulement que Demptos, tel est le nom du meurtrier, recherchait en mariage une jeune personne dont la main venait de

crural; elle devient beaucoup plus abondante au niveau du périnée au delà du scrotum et forme par sa convergence avec sa voisine un autre petit bouquet de poils. Cette traînée marginale le long du bord externe du scrotum rappelle absolument la disposition des poils le long des grandes lèvres chez la femme.

Gland et méat normaux. Prépuce bien conformé.

Au niveau du frein du prépuce, on voit naître une espèce de crête ou de *fraise* charnue qui descend tout le long de la face inférieure de la verge et vient mourir au tiers supérieur du raphé scrotal qui, dans le reste de son étendue, demeure plus saillant (comme une chéloïde) et plus pigmenté.

La crête a l'aspect plissé et pigmenté particulier au bord libre des petites lèvres de la femme dont elle fait naître invinciblement l'idée.

En examinant avec soin cette crête on voit qu'elle offre les détails suivants :

Un peu au-dessous de la racine de la verge, au niveau du scrotum, elle est manifestement formée de deux moitiés accolées, mais séparées par une rainure. A la racine de la verge, ces deux moitiés bifurquent et se portent à droite et à gauche comme les deux branches d'un Y. Celle de droite se perd bientôt sur les côtés du fourreau de la verge sans atteindre la face supérieure. Celle de gauche, après avoir formé une sorte de peloton de plis, va se continuer avec le frein du prépuce, qui est manifestement formé d'une seule colonnette charnue au lieu de présenter l'aspect bifide qu'il a normalement. On dirait que la seconde colonnette de ce frein s'est égarée à droite avec la branche droite de la crête qui la représentait sans doute.

Scrotum. Tout à fait dépourvu de poil, sauf au point où il se confond avec la peau de l'abdomen et des cuisses où est la traînée pileuse décrite plus haut.

Testicules. Le droit, descendu dans les bourses, offre un volume à peu près normal : il est d'une consistance molle. Le gauche très petit, ne dépassant guère le volume d'un gros haricot, est maintenu près de l'anneau inguinal où il rentre très facilement.

La moitié gauche du scrotum n'est nullement saillante, par suite.

Les cuisses, grasses, tout à fait glabres, ont plutôt l'aspect féminin. Elles sont légèrement arquées en dedans.

Il y a des érections, mais peu fréquentes. Jamais il n'y a eu d'éjaculation, bien que la masturbation soit probable. Il y a des goûts prononcés pour le sexe féminin.

C'est à l'âge de douze ans que les poils ont commencé à paraître et que les testicules ont grossi. La verge n'a pas subi d'accroissement depuis lors.

Enfin, je ne crois pas devoir omettre les renseignements que M. le docteur Motet a bien voulu recueillir sur sa famille et me transmettre. On verra d'après eux qu'un frère au moins du sujet et peut-être deux étaient mal conformés.

Père bien constitué, mort d'une affection pulmonaire.

Mère vivante, de petite taille, peu intelligente, sans aucune malformation, a eu neuf enfants.

1° Fille vivante, bien conformée, mariée, quatre enfants;

2° Enfant qui a été déclaré fille et ne l'était peut-être pas, mort à 19 mois. La mère croit se souvenir qu'il avait les organes génitaux mal conformés;

3° Fille (normale) morte;

4° Fille (normale) morte;

5° Fille (normale) morte;

6° Fille de vingt-neuf ans, choréique; faible d'intelligence, travaille dans la confection commune; vit en concubinage, vient d'accoucher d'une fille. La mère ne se rappelle pas si elle est très bien conformée;

7° Garçon, vingt-six ans, marié (normal);

8° Enfant déclaré fille à la naissance; examiné depuis par des médecins, a été reconnu garçon (à dix-sept ans), il a vingt-quatre ans aujourd'hui. Pénis peu volumineux, figure masculine, goûts masculins, reste habituellement habillé en femme; a quitté sa mère; *vit avec une femme*; a des seins très développés;

9° Mâle, dix-huit ans, est le sujet de l'observation actuelle. Voici les renseignements fournis par sa mère sur son caractère : « Je me demande bien souvent s'il n'a pas la tête dérangée. Chez nous, il fait la bête : il ne reste nulle part, vagabonde depuis quinze mois. Cet été il a découché un jour. Les dernières maisons où il a travaillé, il est resté un mois à peine. » Il a dû être enfermé dans la maison des jeunes détenus, comme correction.

Caractère sournois, menteur. La mère croit qu'il se touche.

Les époux n'étaient pas consanguins; pas de cas d'aliénation mentale chez les ascendants. La femme J... est du reste si peu intelligente que M. Motet doute de l'exactitude de ce dernier renseignement.

Pseudo-hermaphrodisme chez un homme adulte atteint d'hypospadias périnéal.

Grandes lèvres, petites lèvres, hymen, vagin. — Aspect clitoridien de la verge atrophiée. — Testicules dans les grandes lèvres.

Julie D... est âgée de vingt-quatre ans. Cet individu est entré dans

---

lui être refusée. On sut aussi que M. Delpech lui avait donné des soins. Les esprits impatients qui veulent tout expliquer s'arrêtèrent à la pensée que le docteur Delpech, consulté sur la convenance de l'union projetée, aurait donné un avis défavorable.

« Le caractère bien connu de l'éminente victime proteste contre une pareille indiscrétion. Violent et irascible comme l'était Demptos, il suffisait d'ailleurs qu'il le crût. »

Ainsi s'exprime M. Jules Béclard dans l'éloge si émouvant et à la fois si littéraire qu'il a prononcé de Jacques-Mathieu Delpech devant l'Académie de médecine le 13 décembre 1864.

« L'année même de sa mort, nous dit encore M. Béclard, en janvier 1832, M. Delpech s'embarquait en compagnie de M. Coste et du jeune comte de Fourneaux pour aller en Angleterre et en Ecosse étudier le fléau qui menaçait la France. N'est-ce pas un beau spectacle que de voir un homme arrivé à la célébrité, presque à l'âge du repos, céder à l'impulsion de sa généreuse nature, s'arracher à ses affaires, à sa famille, et courir au-devant d'une épidémie meurtrière? Ce voyage ne fut pour M. Delpech qu'une source d'amertumes. De retour à Paris, il publia la relation de ses études sur le choléra, et fut nommé membre d'une commission présidée par le préfet de police, et dont faisait aussi partie Dupuytren. Convaincu de la nature contagieuse du mal, M. Delpech exposa ce qu'il regardait comme la vérité avec cette énergie courageuse qu'il apportait en toutes choses. On le blâma de sa franchise, on s'éleva avec une grande vivacité contre les mesures préservatives qu'il proposait; peu s'en fallut qu'il ne fût taxé de mauvais citoyen. »

Et voilà qu'aujourd'hui cette doctrine de la contagion semble vouloir entrer à pleines voiles dans le courant de la science moderne, malgré les protestations énergiques de M. Jules Guérin et de quelques autres, au nombre desquels M. le docteur de Pietra-Santa vient de se ranger vaillamment en adressant à un journal italien, il Morgagni, une lettre rectificative. En effet, la théorie contagioniste déborde aujourd'hui de tous les nouveaux écrits, elle s'inscrit à l'ordre du jour des sociétés savantes, elle s'infiltre dans le cœur de la nouvelle génération médicale, elle transpire de tous côtés dans les régions administratives. Et cependant M. de Pietra-Santa la déclare dangereuse. « Qu'on la nomme, dit-il, contagion, infection, importation, transmission, je ne voudrais ni la connaître, ni la regarder en face.

le service du docteur Gerin-Roze, à Lariboisière, au mois d'octobre dernier, pour une fièvre typhoïde. C'est au cours de cette maladie qu'ayant eu à le sonder pour une rétention d'urine, on s'est aperçu de la malformation qu'il présente.

Je résumerai la relation de mon distingué collègue en y joignant de nombreux détails anatomiques, sur lesquels il n'avait pas à insister devant la Société médicale des hôpitaux.

Stature moyenne, face glabre, système pileux peu développé sur le reste du corps, notamment au-dessus du pubis où les poils sont peu abondants. Aspect général plutôt masculin que féminin, malgré les habits de femme dont il est revêtu; les os sont volumineux, les mains et les pieds très grands. La voix est celle d'un adolescent, sans caractère sexuel bien tranché.

Mamelles très développées, d'aspect tout à fait féminin. Le bassin est ample, mais sans caractère sexuel.

Le pénis est un peu moins gros que le médius et mesure trois centimètres et demi. Vu d'en haut, il ne présente aucune difformité; le prépuce recouvre à moitié le gland, qui est pourvu d'une couronne.

Le pénis est du reste maintenu inférieurement par la bride habituelle de l'hypospadias qui s'étend du gland au méat urinaire situé à environ un centimètre au-dessous de la racine du pénis, et à deux centimètres et demi au-dessous du gland modérément relevé. Dans l'érection, le pénis double de volume mais reste courbé; les corps caverneux et le gland sont alors raides et turgescents, ainsi que M. Gerin-Roze a pu s'en assurer *de visu*.

Si l'on soulève la verge, on voit qu'elle offre inférieurement un aspect tout à fait *clitoridien*. Le gland est imperforé et creusé au bas d'une gouttière qui se continue, au milieu avec la *bride*, et latéralement avec la bifurcation interne des petites lèvres. Le prépuce est ouvert comme le capuchon du clitoris de la femme et semble se continuer avec la bifurcation externe des petites lèvres.

Celles-ci sont très bien développées, plissées et recouvertes d'une muqueuse très fine. L'espace qu'elles circonscrivent est occupé en bas par l'orifice vulvaire, en haut par le vestibule : étudions-les successivement.

Vulve. Elle présente un hymen complet, en forme de collerette qui déborde un peu, à la fourchette, le niveau des petites lèvres, suivant une disposition très fréquente à la naissance (*hymen en gargouille*). Si l'on exerce une traction de haut en bas sur les parties, on voit que l'hymen se continue sur les côtés de l'orifice uréthral avec la *bride* du vestibule. Immédiatement au-dessous du méat, il représente quelques replis foliacés.

Le vagin admet facilement l'index qui s'y meut à l'aise, mais sa largeur est loin d'être comparable à celle d'un vagin de femme. Au fond, on trouve un cul de sac. La profondeur de cette organe est d'environ 7 centimètres. Il est lubrifié par du mucus; l'aspect du tissu qui le tapisse est nacré, bleuâtre, lisse et mince, et rappelle tout à fait le tissu que l'on observe au niveau de certains spina-bifida avec arrêt de développement du derme.

Vestibule. Il est très étroit, comme resserré entre la saillie que forme de chaque côté la bifurcation interne des petites lèvres. L'orifice de l'urèthre en occupe la partie inférieure et ne diffère en rien de celui d'une femme. Au-dessus, le relief de la bride est d'abord assez peu marqué; mais au voisinage du gland il se dessine avec plus de netteté sous forme d'une mince bandelette creusée en son milieu d'une rainure et étroitement encadrée par la bifurcation interne des petites lèvres, dont le sépare, seulement à ce niveau, un sillon que la tension rend très manifeste.

Le cathétérisme de l'urèthre combiné avec le toucher rectal permet, ainsi que le palper abdominal, d'affirmer qu'il n'y a pas apparence d'utérus. Il n'y a jamais eu rien qui ressemblât à des règles ou simplement à une fluxion des ovaires. Ces organes manquent très certainement.

Les grandes lèvres contiennent chacune un testicule : à droite, il descend assez bas et est assez bien développé, et on y reconnaît facilement l'épididyme; à gauche il est au moins aussi volumineux, mais reste au niveau de l'anneau inguinal externe, et peut être refoulé en partie dans le canal.

Il a été impossible de savoir nettement s'il y a éjaculation; si celle-ci se produit, il est probable qu'elle a lieu dans l'intérieur du vagin, et elle peut passer inaperçue.

Le sujet est peu intelligent, très défiant, évidemment menteur. Tantôt il prétend qu'il y a eu tentative de coït avec un homme, tantôt il le nie. Il n'est pas possible d'affirmer la nature de ses penchants.

On sait, du reste, que cela n'a aucune importance pour la détermination du sexe dans les cas douteux. Celui-ci, il est vrai, n'est pas de ce nombre. Julie D. est bien évidemment un homme, mais un *homme hypospade*.

Cette malformation contient au moins les neuf dixièmes des prétendus hermaphrodites signalés par les auteurs.

J'ai tenu à vous présenter une étude anatomique un peu détaillée de ce fait nouveau. Elle m'a permis de vous signaler une particularité très importante, méconnue jusqu'au jour où je l'ai pour la première fois signalée et qu'on retrouvera, j'en suis certain, dans presque tous les faits de cet ordre si on la recherche. Je veux parler de la présence d'un hymen, bordant l'orifice vulvaire, et se continuant en haut avec la *bride* du vestibule. Je vois dans cet *hymen* le vestige du bulbe de

---

« J'aime mieux constater hautement qu'un médecin, qu'un garde-malade, peuvent impunément toucher et frictionner un cholérique, coucher dans son lit, habiter son appartement, sous la seule réserve de quelques précautions hygiéniques!

« Je préfère de beaucoup saluer d'un regard de sympathie ce courageux étudiant de Montpellier, qui, à Toulon, en pleine épidémie, a fait sur lui-même une série d'expériences pour se convaincre de la non-inoculabilité de la maladie. »

Bravo sans doute pour ces ardeurs à la Polyeucte. Mais qu'importent les questions de doctrine aux médecins. Ils n'hésitent pas à affronter le danger et à donner au public l'exemple du courage et du calme même au milieu des épidémies les plus meurtrières, même en face des maladies les plus nettement transmissibles.

***

Décidément la statistique est une excellente chose et conduit parfois à des conclusions piquantes et inattendues. Etant donné que les résultats peuvent différer suivant bien des conditions, ce qui est vrai chez les riverains de la Seine peut être faux dans les brouillards du Rhône. Exemple : A Paris, M. Hardy nous a montré une « corporation émérite » *qu'il n'a pas voulu nommer*, comprenant 34 personnes; 5 sont célibataires et M. Hardy n'en tient pas compte, leur progéniture étant forcément inconnue; reste donc 29 personnes, représentant 29 ménages. Or, sur ces 29 ménages, 9 sont stériles, c'est-à-dire un tiers. Quant aux 20 ménages féconds, ils ont tous un petit nombre d'enfants, un, deux, trois au plus. Il en est un cependant qui a sept enfants, mais voyez combien l'exception confirme la règle : le personnage dont il s'agit est certainement un Français de cœur, mais il est d'origine anglo-saxonne.

M. Diday reprend à son tour la même statistique pour Lyon, qui possède une corporation toute semblable.

A Lyon, 28 membres, nombre duquel il faut défalquer 5 célibataires. Reste donc 23 personnes, représentant 23 ménages. Sur ces 23 ménages, 2 sont stériles. Quant aux 21 ménages féconds, ils ont réalisé à ce jour un total de 77 enfants, soit en moyenne 3.58; ce qui donne à chaque ménage lyonnais un chiffre plus élevé que le rare maximum obtenu par quelques ménages parisiens. Encore, y a-t-il trois exemples de fécondité on ne peut plus dignes d'envie, savoir : 1 de 7 enfants, 1 de 8 et 1 de 9.

l'urèthre non développé, comme dans la *bride* le vestige du corps spongieux resté à l'état fœtal, (le gland seul ayant ici subi la transformation érectile qui ne survient qu'assez tardivement chez l'embryon). Pareilles connexions se retrouvent du reste exactement chez la femme comme je l'ai démontré pour la première fois devant vous, il y a un an, en décrivant la *bride masculine du vestibule*. L'homologie ainsi complétée entre une anomalie de l'homme et l'état normal de la femme est traduite d'une manière frappante par cette formule : *la femme (au point de vue des organes génitaux externes) est un hypospade normal*. Quoi d'étonnant dès lors si l'homme, atteint de cette difformité, ressemble à s'y méprendre à la femme ?

Cette erreur est facile surtout à la naissance, quand les testicules ne sont pas encore descendus dans les prétendues grandes lèvres. Aussi la plupart des enfants *mâles* atteints d'hypospadias périnéal sont-ils inscrits comme *filles* sur les registres de l'état civil.

J'attire, en terminant, l'attention sur le développement des mamelles en type féminin, corollaire fréquent, sinon constant; des arrêts de développement des organes de la génération. Il y a là un fait de *sympathie organique* absolument inexpliqué, mais intéressant à rapprocher de ce que la physiologie nous a enseigné déjà sur la solidarité de ces organes.

La première de mes deux observations montre que ce *consensus* peut se manifester même lorsque la difformité génitale n'arrive pas à reproduire l'aspect de la vulve.

REVUE D'HYGIÈNE

I. La fabrication du bleu d'outremer devant l'hygiène. — II. Intoxication mercurielle par usage de capsules au fulminate. — III. Les mines d'Almaden et l'hydrargyrisme.

I. — Les procédés de fabrication du bleu d'outremer paraissent être aussi nombreux que les établissements qui se livrent à cette industrie. Car, d'après M. le professeur Jules Arnould (1), la chimie ni l'hygiène publique ne savent pas exactement ce qui se passe dans les opérations dont le résultat est le bleu d'outremer. Tandis que, dans le procédé de Nuremberg, on emploie le sulfate de soude, en France, où l'on a commencé assez récemment de fabriquer ce produit, on a recours de préférence au carbonate de soude en y ajoutant du soufre pur.

L'outremer français est plus riche en silice que l'outremer allemand. Il existe à Lille cinq ou six usines qui fabriquent cette couleur. M. Arnould a eu l'occasion d'assister à l'application d'un des procédés français qui comporte les substances suivantes : kaolin, carbonate de soude, soufre, résine. Les ouvriers sont exposés d'une part aux poussières, et d'autre part à l'action des gaz sulfurés. Chose curieuse, l'encombrement du poumon par la poussière du bleu ne colore pas le tissu de l'organe (Dressler, — Hirt). Quant à la respiration de l'acide sulfureux, elle ne paraît pas nuisible aux ouvriers. Mais tant que l'on n'aura pas trouvé moyen d'absorber convenablement les grandes quantités d'acide sulfureux dont les vapeurs incommodent le voisinage des fabriques, M. Arnould estime que la calcination des mélanges devra être interdite dans l'intérieur des villes. Il convient donc que la fabrication de l'outremer « soit rangée par décret dans les établissements classés ; rattachée à la première classe quand il n'y a pas absorption des gaz nuisibles ; à la deuxième classe, lorsque ces gaz sont absorbés. »

II. — MM. P. Marie et A. Londe viennent d'attirer l'attention (2) sur une nouvelle forme d'intoxication mercurielle professionnelle : quatre personnes habitant deux quartiers différents, mais exerçant la même profession, sont prises d'une façon absolument symétrique, les hommes à la fois de stomatite et de tremblement et les femmes seulement de stomatite. Les deux ménages, tenant chacun un tir, avaient vu se produire ces accidents à la suite de l'emploi de certaines cartouches qui, soumises à l'analyse chimique, ont été trouvées composées de fulminate de mercure, sans mélange de chlorate ni de cyanure. L'intoxication a été certainement produite par l'absorption des gaz provenant de l'explosion desdites cartouches. En effet, les deux ménages atteints passaient toute leur journée dans leurs établissements et l'un d'eux même y a couché quelque temps. De plus, les accidents se sont produits

(1) Annales d'hygiène publique et de médecine légale, novembre 1884.

(2) Revue d'hygiène et de police sanitaire, janvier 1885.

Nos meilleurs compliments aux représentants de l'enseignement médical lyonnais, et à leurs tout aussi méritantes compagnes.

***

Le dévouement professionnel n'a pas toujours d'aussi déplorables résultats à enregistrer que dans les deux exemples relatés plus haut de M. Benoit et de Delpech. On sait mieux reconnaître parfois les services rendus au public. Nous en trouvons un bien encourageant spécimen dans un journal qui nous arrive des Charentes. Là est un médecin qui, depuis plus d'un demi-siècle, exerce sa profession, prodiguant ses bienfaits aux malheureux et donnant à ses confrères, jusqu'à un âge avancé, l'exemple de la droiture, de l'activité et du dévouement. C'est à lui, c'est au docteur Barbrau que l'on doit la création de l'Association des Médecins de l'arrondissement de Rochefort, dont il est de toute justice resté président depuis sa fondation. Le 18 février dernier cette Société s'est réunie pour célébrer, en un banquet, les noces d'or professionnelles de son président, et le docteur Duplouy, vice-président de l'Association, a pris le premier la parole pour rappeler dans un brillant discours les services rendus à la corporation médicale aussi bien qu'à l'humanité par un médecin aussi laborieux et aussi instruit que modeste. M. Barbrau a répondu en termes émus aux vœux exprimés par M. Duplouy et a porté un toast aux médecins de la marine et à ceux de ses confrères qui se sont associés à la manifestation dont il est l'objet. Puis, dans une éloquente improvisation, le directeur du service de la santé de la marine, M. Maisonneuve, a remercié chaleureusement le docteur Barbrau en rendant hommage à ses mérites.

Après les confrères, est venu le tour des clients. Le vice-président de la Société de secours mutuels *les Travailleurs-Réunis* a pris la parole pour porter au docteur Barbrau, au nom de ses malades reconnaissants, un toast dont l'expression émue vaut tous les frais d'éloquence. Et, pendant ce banquet, les enfants de l'école communale étaient venus offrir un immense bonquet de violettes à celui qui est leur médecin depuis 35 ans.

N'est-ce pas là un bon cordial pour ceux d'entre nous que le découragement menacerait de saisir ? Faisons donc notre devoir, advienne que pourra, suivant le viel adage, et gardons-nous de la tristesse et de l'ennui.

***

dans la saison froide de l'année, alors que toutes les ouvertures de la pièce étaient soigneusement closes et que par conséquent le renouvellement de l'air et l'issue des gaz délétères étaient plus difficiles. Le début des accidents a très nettement coïncidé avec l'influence de ces différentes causes et on les a vus s'amender lorsque l'emploi des cartouches a été supprimé.

Il y a donc un intérêt pour l'hygiène publique à réglementer dans les tirs l'usage des cartouches au fulminate de mercure. Si on n'en proscrit pas complètement l'emploi, on pourrait du moins exiger des conditions spéciales d'aération et de ventilation. En ce moment-ci où le tir est encouragé partout, où les enfants même à l'école sont exercés au tir de la carabine, il est urgent de les soustraire à ces vapeurs délétères qui pourraient causer un grave préjudice à leur santé, car il paraît que les cartouches adoptées dans les écoles sont de même composition que celles qui ont amené les accidents toxiques signalés par MM. Marie et Londe.

III. — Les conditions hygiéniques des mineurs d'Almaden se sont bien améliorées depuis une trentaine d'années, depuis le moment où M. Théophile Roussel publiait dans l'UNION MÉDICALE (1) ses intéressantes *Lettres médicales sur l'Espagne*.

Au mois de juin et d'août dernier, M. le docteur Fernandez de Velasco avait résumé en quelques pages, dans la REVUE (2) même, qui deux mois après annonçait sa mort, l'état hygiénique des ouvriers occupés à l'extraction du mercure. Tout récemment, un interne des hôpitaux de Paris, M. Paul Raymond, ayant eu l'occasion de visiter cette ville de 7 à 8,000 habitants, a consigné dans un article (3) les observations médicales qu'il a faites et les renseignements que lui a fournis le docteur Caranillas, médecin de l'hôpital d'Almaden. Il ressort de ces diverses études, et spécialement du travail de M. P. Raymond que seuls les ouvriers qui sont en contact immédiat avec le mercure sont intoxiqués. Contrairement à ce que l'on a prétendu, les enfants des mineurs, les habitants du pays non employés aux mines, les ouvriers qui font de l'eau de ces contrées un usage quotidien, ne ressentent nullement les effets de l'intoxication.

De même qu'autrefois on attribuait à tort au mercure des accidents qui relèvent manifestement de la syphilis (chancre, orchite, périostite de nature mercurielle, par exemple), de même il semble qu'aujourd'hui encore on rapporte au mercure des accidents qui ont une autre origine (angines chroniques, ictère grave, accidents nerveux, manie mercurielle). Ces accidents, s'ils ont été notés dans certains cas d'intoxication mercurielle, doivent, d'après M. P. Raymond, être plutôt attribués à des états morbides concomitants comme la scrofule, la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis. En tout cas, ils font défaut chez les mineurs d'Almaden. L'intoxication professionnelle à Almaden se traduit surtout par la stomatite, le tremblement et la cachexie. On observe aussi un certain nombre de symptômes secondaires (douleurs dans les muscles, dans les articulations, perte des dents, extrême susceptibilité au froid, etc.), qui appartiennent à l'hydrargyrisme chronique.

Quant au traitement institué pour ces différents accidents, il a changé bien des fois; lorsque la stomatite est très aiguë, les ouvriers entrent à l'hôpital, où l'on emploie depuis fort longtemps un collutoire composé de teinture de cochléaria, d'acide chlorhydrique, d'acide sulfurique et de miel rosat, mélange qui donne de très bons résultats. On administre aussi le chlorate de potasse.

Contre le tremblement on a essayé de nombreuses médications : l'iodure de potassium entre autres, qui n'a pas répondu à ce que l'on en attendait; on emploie actuellement le bromure de potassium à la dose de 1 gramme par jour. C'est l'électrisation par les courants induits qui produit les meilleurs effets : l'un des pôles est placé sur les racines du plexus brachial, au-dessus de la clavicule, et l'autre dans la main du malade. Aussitôt que le courant est établi, le tremblement disparaît, les douleurs se calment, les arthralgies diminuent et le malade éprouve une sensation de bien-être qui lui fait réclamer avec insistance ce mode de traitement. Les douches, les bains sulfureux ou galvaniques ne sont pas employés, les appareils nécessaires faisant défaut.

L'anémie, la cachexie, sont traitées par les toniques, le fer, le vin de quinquina et par une nourriture substantielle. Le séjour à l'air, les diaphorétiques, sont des adjuvants pré-

(1) Les lettres consacrées aux mines d'Almaden ont paru en 1848 dans les numéros 90, 99, 102, 105, 111, 116, 120, 129 et 137.
(2) REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPANOLA DE HIGIENE, p. 249 et 355.
(3) PROGRÈS MÉDICAL, 1884, no 49.

Cherchons une note gaie, même dans la mort. Ainsi à propos du médecin italien, Vincent Tanturri, dont la GAZETTE annonçait dernièrement la mort, nous relevons un singulier pataqués. Traduisant dans un travail important une observation parue en français d'une malade qui avait épousé un homme appelé *Poisson*, Tanturri en avait fait la femme d'un *marinier*.

***

Mais de ceux qui tiennent une plume que celui qui est sans péché lui jette la première pierre. Ainsi, est-il parmi tous nos livres classiques un livre plus consciencieux, mieux rempli, qui rende autant de services même aujourd'hui que le *Traité de pathologie interne* de Grisolle? Et cependant on y trouve des lapsus de cette force. Au chapitre de l'Extase (tome II) on peut lire, depuis la première édition jusqu'à la neuvième, les lignes suivantes : « Archimède, qui, poursuivant la solution d'un problème de géométrie, est sourd au tumulte d'une ville livrée au pillage, et Socrate, qui, dans une méditation profonde, reste immobile à la même place pendant vingt-quatre heures, exposé aux ardeurs d'un soleil brûlant, sont des extatiques. » Evidemment ce jour-là la terre a dû oublier de tourner.

***

De l'inadvertance d'un auteur à la distraction d'un compositeur d'imprimerie, il n'y a pas loin. Mais jamais peut-être coquille ne m'a parue plus drôle que celle que j'ai relevée ces jours-ci. En feuilletant le Dictionnaire historique et critique de *Pierre Bayle*, l'édition de 1820 (la plus récente et la mieux annotée), je suis tombé sur le passage consacré au fils de Guy-Patin, à Charles Patin qui, comme on le sait, s'occupa d'autre chose que de médecine et fut un des plus érudits médecins du XVIIe siècle. Au milieu de l'énumération de ses travaux sur les médailles des empereurs romains, sur la numismatique ancienne, de son commentaire sur *Trois inscriptions grecques* apportées de Smyrne à Padoue (où Charles Patin était professeur de chirurgie, et où il mourut), je vois la note suivante : « On lui trouva un *polybe* dans le cœur et dans l'aorte dont il étouffa. » (t. XI, p. 461). Assurément, l'aurait-on cherché, on n'aurait pas eu l'idée d'inventer une pareille coquille et aussi bien en situation.

Dr PETER-PAUL SOMANS.

cieux du traitement et sont à ce titre recommandés aux malades.

Dr Paul Fabre (de Commentry).

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

Congrès de la Société française d'ophthalmologie.

(Session de janvier 1885.)

Suite. — Voir les numéros 8 et 9.

La discussion qui est onverte devant la Société d'ophthalmologie a démontré la supériorité, dans un bon nombre de cas, de *l'aspiration* sur la discision et l'extraction. M. Coppez (de Bruxelles) fait ressortir la valeur de ce procédé depuis longtemps connu en France et en Angleterre, abandonné à tort chez nous, et supérieur dans un grand nombre de cas aux autres opérations recommandées dans le traitement de la cataracte molle. Produisant une brillante statistique, cet auteur démontre la grande valeur de l'aspiration, sa simplicité, son innocuité. Il se sert, pour pratiquer l'opération, de la seringue de Bowmann.

A notre tour, nous sommes venu défendre cette méthode devant le Congrès, nous appuyant sur plusieurs cas opérés avec succès. A notre avis, ce procédé doit être employé : Dans les cas de cataractes molles complètes, congénitales ou traumatiques, sans noyau central ;

Lorsque, à la suite de blessures de la cristalloïde par un traumatisme ou par la discision, le cristallin se tuméfie, se gonfle, donnant lieu à des accidents réactionnels ou glaucomateux ;

Dans les cas où les discisions, plusieurs fois répétées, ont échoué entre les mains d'opérateurs qui ont jugé utile d'employer ce procédé ;

Dans les cas où, à la suite d'une extraction linéaire, des masses corticales restent dans le champ pupillaire.

Les avantages de l'opération sont importants. Les accidents opératoires sont peu nombreux ; les inflammations consécutives, en raison du traumatisme très léger qu'elle exige, sont exceptionnelles. Elle permet enfin, dans le cas d'erreur de diagnostic, dans les cas de cataractes nucléaires, de modifier le plan opératoire et de pratiquer séance tenante une extraction des masses dures qu'il serait dangereux d'abandonner à la résorption.

L'incision cornéenne doit être assez large, de façon à pouvoir agrandir cette incision dans le cas où l'on se trouve en présence d'un noyau dur qu'il faut évacuer.

Quant à la façon de faire l'aspiration, une fois la dilacération de la capsule antérieure faite, nous croyons qu'il faut surtout que cette aspiration soit réglée et se fasse avec une extrême lenteur, afin d'éviter l'influence fâcheuse sur le corps vitré et sur la circulation des membranes profondes de l'œil.

Les différentes seringues recommandées, celles de Bowman en particulier, ont l'inconvénient de fonctionner d'une façon irrégulière ; le piston chargé de faire l'aspiration agit d'une façon brutale et l'on ne sait jamais avec ces instruments quelle force on développe.

Bien supérieure est, à notre avis, l'aspiration *par la bouche* qui permet une succion intelligente, si l'on peut s'exprimer ainsi, et que l'on peut graduer à volonté.

Cette succion de la cataracte par la bouche a été recommandée par Rondelet (de Montpellier) au XVIe siècle, Mattioli en 1609, puis Desmartis (de Bordeaux), Blanchet, Laugier, Teale.

L'instrument que nous recommandons se rapproche de ceux de Teale et de Mathieu (1867).

La figure ci-jointe fait bien comprendre la disposition de cet instrument :

Cet instrument est l'instrument primitif très légèrement modifié de Rondelet et de Desmartis.

Il se compose d'une canule en métal, plate, à orifice plus large que celle de Bowman. Cette canule, reliée à un tube en verre servant de corps de pompe, peut se dévisser, être remplacée, si on le désire, par une canule piquante ou par une canule terminée par une cupule perforée, cette dernière destinée à l'extraction des masses corticales. (Voir figure ci-jointe). Elle peut être nettoyée facilement et plongée dans des liquides antiseptiques.

L'extrémité ouverte de la canule doit être soigneusement maintenue dans l'aire de la pupille et non poussée derrière l'iris, de façon à ne pas attirer, au moment de l'aspiration, cette membrane.

On place dans la partie supérieure du tube de verre, afin de rendre l'antisepsie parfaite, une petite boulette de coton phéniqué ou boriqué.

Le tube se continue avec un tube en caoutchouc d'une certaine longueur et terminé par un embout destiné à être placé dans la bouche de l'opérateur.

Dans le but d'éviter l'introduction de l'air dans l'instrument, nous avons fait placer dans le tube de caoutchouc une soupape qui laisse l'aspiration absolument libre et qui empêche le retour de l'air dans l'instrument.

Cette soupape est une soupape à anche ou bout de sonde en caoutchouc fendu. Le bout fendu se trouve du côté par où se fait l'aspiration et l'on comprend bien comment l'air aspiré peut facilement passer, tandis que l'air qui a de la tendance à se précipiter dans le corps de pompe vient au contraire presser sur les deux lèvres de la sonde, la fermant complètement, en empêchant toute communication du corps de pompe avec l'extérieur.

Cette petite modification, jointe à la présence du coton antiseptique dans le tube en verre, nous paraît répondre à l'objection parfaitement fondée de la possibilité de l'introduction de l'air refoulé dans l'instrument et de son passage dans la chambre antérieure.

— Il existe actuellement un très grand nombre de procédés opératoires pour *l'extraction de la cataracte dure* : les plus généralement employés sont cependant la méthode à lambeau et la méthode de de Græfe.

La méthode de de Græfe, universellement adoptée au début trouve à l'heure actuelle de bien moins nombreux partisans.

Pour M. Galezowski et pour un assez grand nombre d'ophthalmologistes, c'est à tort que l'on a pensé que l'iridectomie et l'incision scléroticale du procédé de de Græfe mettaient à l'abri du phlegmon de l'œil et des cyclites. Ces auteurs donnent à l'appui de leur opinion des statistiques importantes.

Depuis 1882, M. Galezowski a commencé à faire l'extraction sans excision de l'iris ; dans le but d'éviter la hernie de l'iris, il porte l'incision tout entière sur la cornée, à 2 millimètres du bord supérieur. Si l'iris ne rentre pas tout seul après l'extraction du cristallin, cet opérateur le refoule dans la chambre antérieure à l'aide d'un petit stylet en argent.

Cette manœuvre n'aurait aucun inconvénient.

Les avantages de ce procédé seraient d'éviter le phlegmon de l'œil et les cyclites, de conserver une pupille ronde, donnant plus de netteté visuelle.

La statistique de M. Galezowski est très brillante.

Cataractes opérées à la clinique depuis août 1882. . . .	379
Cataractes opérées en ville dans la clientèle particulière.	107
Total. . .	486
Sur ce nombre, succès complet.	437
Iritis suivis d'oblitération pupillaire.	36
Phlegmon de l'œil.	13
Cataracte secondaire et discision.	53
Prolapsus du corps vitré	10
Hernie de l'iris.	25

La hernie a été causée huit fois par l'imprudence des malades, une fois par une attaque d'épilepsie nerveuse le lendemain de l'opération, une fois par le « delirium tremens ».

Voici comment M. Galezowski pratique l'opération par son procédé :

1° Les paupières écartées avec le blépharostat articulé, il saisit le globe en bas de la cornée avec une pince à fixer ;

2° Avec le couteau de de Græfe très fin, il fait la ponction à la jonction de la cornée transparente à la sclérotique, à 3 m.m. au-dessus du diamètre horizontal ;

3° Il pousse la pointe du couteau en bas de la pupille et incise la capsule de bas en haut en demi-cercle. Il fait ensuite la contre-ponction du côté opposé du bord cornéen, à 3 m.m. au-dessus du diamètre horizontal ;

4° Il incise ensuite la cornée à 2 m.m. du bord scléroticaI ;

5° Il relève le blépharostat et la pince à fixer et laisse l'œil se reposer ;

6° Il écarte la paupière supérieure en haut avec le petit doigt de la main droite et appuie en même temps la curette sur le bord scléroticaI de la plaie ;

7° Avec le pouce de la main gauche, il presse sur le bord inférieur de la cornée. Le cristallin s'engage et sort sans difficulté ;

8° L'iris souvent rentre tout seul, sinon il le repousse avec le stylet fin d'argent ;

9° Il instille le collyre d'ésérine ;

10° Il lance sur la plaie et sur l'œil opérés la sprée phéniqué pendant une à deux minutes et fait le pansement antiseptique phéniqué.

M. Galezowski considère l'emploi du sprée phéniqué immédiatement après l'extraction de la cataracte comme une des condition très importante pour la guérison de la plaie cornéenne.

M. Panas emploie depuis quelque temps le procédé de l'extraction sans iridectomie et recommande cette méthode.

D'après M. Abadie, le procédé à adopter pour l'opération de la cataracte a moins d'importance que les soins à prendre pendant ou après l'opération.

Il pense que les insuccès, les cas de suppurations du lambeau, tiennent à l'influence de l'air chargé de microbes. Il a la conviction que la plupart des accidents disparaîtraient si l'on pouvait opérer dans un air absolument pur, tel que celui qui se trouve au sommet des plus hautes montagnes.

Les instruments doivent être l'objet de soins tout particuliers, lavés avec des solutions antiseptiques, flambés et même souvent renouvelés.

M. de Wecker ne partage pas l'opinion de M. Abadie quant à l'influence de l'air, mais il attache une grande importance au nettoyage et au bon état des instruments.

P. Renard.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Gynécologie.

Pathologie des ovaires. Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, par T. Gallard. — J.-B. Baillière. Paris, 1885.

M. Gallard publie, sous ce titre, un volume de 320 pages, dans lequel il défend avec beaucoup de verve et de talent la théorie de Négrier, relative aux rapports qui existent entre l'ovulation et la menstruation. Partisan convaincu de cette théorie, l'auteur en fait la base de ses leçons.

Nous ne voulons pas discuter ici les arguments qui plaident pour ou contre l'hypothèse en question que, pour notre part, nous ne pouvons admettre dans son intégrité. Le plus souvent, du reste, les discussions scientifiques ne résolvent aucun problème, le moindre petit fait positif bien observé étant plus utile que de nombreuses pages de théorie.

Ceci dit, revenons au livre de M. Gallard. Les 1re, 2e, 3e et 4e leçons sont consacrées à l'anatomie et à la physiologie de l'ovaire et de la menstruation. Les 5e et 6e traitent de l'aménorrhée et de la leucorrhée. A ce propos, l'auteur insiste, avec raison, sur le caractère toujours symptomatique des écoulements leucorrhéiques. Nous avons lu également avec plaisir les pages où il critique les divisions admises par quelques gynécologistes, pour la métrite, en métrites tuberculeuse, scrofuleuse, rhumatismale, herpétique, chlorotique, etc., descriptions qu'il qualifie d'*un véritable abus de langage*.

Dans la 7e leçon, où il étudie les règles supplémentaires ou déviées et les métrorrhagies, on trouve quelques faits intéressants pour l'histoire de ces phénomènes pathologiques à manifestations multiples. Les 8e et 9e leçons contiennent tout ce qui est relatif aux différentes formes de dysménorrhée et à leur traitement.

Au point de vue clinique, le livre de M. Gallard est la résultante d'une longue pratique et d'une grande expérience. Comme le dit l'auteur dans sa préface, son ouvrage est *absolument personnel*. Nous ajouterions volontiers *trop personnel*, en ce sens qu'il ne semble tenir aucun compte

des travaux récents, publiés principalement à l'étranger, sur les intéressants sujets dont il s'occupe. Parmi ces travaux, quelques-uns contiennent des faits nouveaux et des observations suivies d'autopsie, qui auraient peut-être un peu modifié les convictions physiologiques, si affirmatives, exposées dans ces leçons sur la menstruation.

Du traitement du cancer utérin. — Avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique, par T. Gallard. — Paris, Lanwereyns, 1884.

La question de l'amputation du col utérin atteint de cancer est plus que jamais à l'ordre du jour. La bénignité de l'opération et les avantages immédiats qu'elle procure à un grand nombre de malades l'ont fait adopter par la plupart des gynécologistes. Néanmoins nous savons tous avec quelle facilité le néoplasme se reproduit, si bien que quelques chirurgiens ont mis en doute la possibilité d'une guérison définitive. On ne peut admettre comme positifs que les cas où l'examen microscopique a été fait par un histologiste compétent et où les sujets ont été maintenus en observation pendant un temps suffisant.

Sur les 25 opérées citées par M. Gallard dans sa communication, 12, d'après lui, paraissaient guéries lorsqu'il a cessé de les voir. Sur ces 12 malades, chez 3 la guérison a été confirmée dix-huit mois, deux ans et demi et près de quatre ans après l'intervention chirurgicale. Ainsi que l'indique le titre de son mémoire, M. Gallard donne la préférence à l'anse galvanique, sur tous les autres procédés, dans l'immense majorité des cas. Toutefois il conseille, avec raison, de ne jamais entreprendre une amputation du col cancéreux sans avoir à sa disposition tous les autres instruments qui, à un moment donné, pourront être nécessaires pour permettre de la terminer. Le manuel opératoire employé par l'auteur est décrit avec tous les détails qu'il comporte.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le docteur Lucien Carlet. — Doin, 1884.

Le mémoire de M. Carlet développe les idées et la pratique du docteur Apostoli, relativement au traitement électrique des fibro-myomes utérins. Le plus grand nombre des faits exposés dans ce travail ont été précédemment communiqués à divers Congrès ou Sociétés savantes par M. Apostoli. Son procédé consiste dans l'application intra-utérine d'un courant de pile continu et à l'état constant, sans aucune interruption pendant la séance. Le pôle actif intra-utérin sera positif dans les fibrômes hémorrhagiques ou s'accompagnant de leucorrhée rebelle. Il sera négatif dans tous les cas contraires, et en particulier lorsqu'il y a une dysménorrhée intense ou de la périmétrite chronique.

Lorsque le col est imperméable, l'auteur conseille de pénétrer dans l'utérus avec effraction par une ponction suivie d'une galvano-caustique négative destinée à faire une perte de substance durable qui crée un canal artificiel. A l'appui de sa thèse, M. Carlet apporte de nombreuses observations recueillies pour la plupart à la clinique du docteur Apostoli.

Dr de Sinéty.

Die Natur und Behandlung der Harnsteine, par le professeur W. Ebstein (de Gœttingen). — Wiesbaden. J.-F. Bergmann, 1884, avec un atlas de cinq planches en couleur.

W. Ebstein, dont nous avons analysé récemment le volume sur la goutte, continue la série de ses magnifiques publications par un splendide volume sur la nature et le traitement des calculs urinaires. L'auteur a pris pour épigraphe la phrase suivante de Fourcroy et Vauquelin : « Un fait général dans la philosophie de la nature ne se compose que d'une foule de faits particuliers, et pour bien suivre l'un, il faut recueillir soigneusement tous les autres ». Et il suit à la lettre le conseil des deux illustres chimistes français, en nous donnant un recueil de faits toujours précis, souvent nouveaux, dont il tente la synthèse avec un rare bonheur.

L'ouvrage comprend trois parties. La première a trait à la classification et à la chimie des concrétions urinaires. W. Ebstein y insiste particulièrement sur la matière organique qui forme la trame des calculs. Cette matière est de nature albuminoïde ; elle prend une couleur rouge quand on la chauffe avec le réactif de Millon, et se dissout dans le suc gastrique en donnant naissance à des peptones. Elle se rencontre dans toutes les concrétions, quelles qu'elles soient, depuis les plus gros calculs jusqu'aux plus fins graviers, depuis les concrétions d'acide urique jusqu'à celles de cystine et de phosphates; mais, dans ces derniers, elle n'existe qu'en quantité extrêmement faible.

Le catarrhe lithogène de Meckel trouverait dans les recherches de W. Ebstein un appui de premier ordre, si celui-ci ne donnait comme cause de la formation de cette matière organique la nécrose de l'épithélium et même du tissu rénal. Et cette condition causale me paraît avoir une importance sur laquelle on ne saurait trop insister, puisque tout procédé inflammatoire et capable de modifier l'épithélium devient par cela même *lithogène*, et que la matière organique dont il s'agit joue le premier rôle, non seulement dans la formation du calcul, mais aussi dans son accroissement.

La seconde partie envisage l'étiologie et la pathogenèse des concrétions urinaires, aux points de vue général et particulier. M. Ebstein traite ici de la formation et de l'étiologie des calculs uriques, uratiques, xanthiques, oxaliques, cystiniques, phosphatiques, calciques, etc., et il aborde la question fort curieuse du rapport qui peut exister entre tous ces calculs et les maladies infectieuses aiguës : l'anneau qui réunit l'élément causal à la concrétion, c'est encore le catarrhe des canalicules du rein.

Tout ce chapitre mérite une lecture attentive, car il est riche en aperçus originaux sur la cystinurie, les calculs phosphatiques, leurs rapports avec l'ostéomalacie, etc., la pathologie géographique des concrétions urinaires, etc.

La troisième partie comprend trois chapitres.

Dans le premier, W. Ebstein étudie la symptomatologie des concrétions urinaires : symptômes de passage, symptômes d'arrêt, propriétés de l'urine. C'est un excellent résumé clinique où je signale principalement l'anurie par rétention, les concrétions chez les enfants, les suppurations d'origine calculeuse, etc. J'aurais seulement désiré que les caractères de l'urine eussent été l'objet d'une étude plus approfondie, car c'est là un côté mal connu de la question, et, pour ma part, un examen approfondi de l'urine m'a permis, dans un cas de lithiase urique et oxalique chez un enfant de dix-sept mois,

d'arriver à un diagnostic pathogénique qui a imposé une thérapeutique décisive (1).

Le diagnostic, la marche, le pronostic et les complications font l'objet du deuxième chapitre.

Le troisième est consacré à la thérapeutique et comprend les subdivisions suivantes : traitement diététique et médicamenteux appliqué à chacune des formes chimiques de la lithiase ; puis traitement symptomatique, enfin traitement chirurgical. Le régime occupe la place la plus importante et peut être résumé dans une courte formule : en effet, Ebstein recommande aux calculeux un régime analogue à celui qu'il a préconisé dans le traitement de l'obésité (2). Quant à la thérapeutique proprement dite, elle est traitée avec grand soin, principalement pour tout ce qui concerne le traitement hydrominéral par les eaux de Carlsbad. Il est évident, d'après un grand nombre d'expériences dont les résultats sont groupés en tableaux, que les eaux et les bains de Carlsbad agissent plus sur les processus inflammatoires et catarrhaux des voies urinaires que sur la production de l'acide urique lui-même ; or, comme la matière albumineuse naissante joue un rôle considérable dans la formation et l'accroissement des calculs, il s'ensuit que la cure de Carlsbad trouvera ici l'une de ses plus utiles indications.

L'ouvrage d'Ebstein a été luxueusement édité ; il se termine par un atlas de cinq planches en chromolithographie représentant divers types de sable urinaire, des coupes de la trame organique des calculs uriques et oxaliques, des infarctus uriques des nouveau-nés, etc.

Il serait à souhaiter que cette œuvre consciencieuse et originale fût vulgarisée en France, car elle marque un grand pas en avant dans l'histoire de la lithiase urinaire.

Albert Robin.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Des inhalations aux Thermes de Dax

Frappé de l'amélioration constatée sur un certain nombre de phthisiques venus aux Thermes pendant les hivers 1882, 83 et 84, nous fûmes conduit à chercher l'explication purement physico-chimique des heureux effets produits par les inhalations des vapeurs des sources. Pour saisir l'intérêt que présentait la question, il est indispensable de connaître le point de départ de ces recherches, la méthode suivie, et les appareils mis en usage.

Les Thermes de Dax, que nous n'avons pas la prétention de décrire ici, constituent une magnifique maison de santé construite au dessus des galeries balnéaires qui, elles-mêmes, sont superposées à la source du Bastion Celle-ci dont la chambre de captage ne présente pas moins de 200 mètres cubes, occupe le centre de ces galeries ; le débit constant de cette source est de 500.000 litres par 24 heures. Une grande partie de cette masse d'eau alimente les bains et les douches si nombreux et si variés de l'établissement. Le reste forme, dans le puits de captage, une nappe liquide constamment à 60° centigrade, dont les vapeurs s'échappent par plusieurs cheminées ; celles-ci se rendent, soit dans les étuves générales, soit dans les étuves partielles (ou boîtes à fumigations locales externes) soit, enfin dans les *tubes à fumigations internes* *ou inhalateurs*. Ces derniers seuls nous intéressent pour le moment : ce sont 4 tubes en cuivre, de 3 centimètres de diamètre, terminés par un pavillon recouvert d'un cornet en bois pour l'application de la bouche. Ils sont fixés sur la cheminée en marbre des Pyrénées dont la section est un carré de 30 centimètres de côté, c'est-à-dire dont l'orifice à 900 centimètres carrés. Les vapeurs arrivent donc directement de la source par cette large ouverture ; un crochet est fixé au centre de la cheminée pour soutenir des éponges imbibées dans la substance médicamenteuse exigée par le traitement particulier du malade (créosote, iode etc.) Le fonctionnement automatique et naturel de cet appareil n'a besoin d'aucune explication.

Ainsi que Salles-Girons, Garraud (de Laval) et en général tous les médecins qui ont décrit les Thermes de Dax se sont appliqués à le faire ressortir, cette inhalation momentanée et extrêmement active, qui est du reste mise en œuvre avec quelques légères modifications dans plusieurs autres stations thermales, se fait là dans des conditions toutes particulières et pour ainsi dire uniques en Europe, nous ne craignons pas de l'affirmer. En effet la salle où se trouvent placés ces appareils ouvre, comme toutes les cabines et salles diverses, sur de larges galeries balnéaires dans lesquelles les vapeurs minérales se répandent, si bien que l'atmosphère en est considérablement modifiée au plus grand profit du malade. Ici, *point de transition brutale ;* après être resté cinq minutes à humer les vapeurs minérales, le patient quitte l'appareil et vient se reposer pendant quelques instants dans le promenoir, ses poumons y retrouvent, légèrement atténués, les principes qu'ils aspiraient tantôt en plus grande quantité et à une température plus élevée, en suspension dans une atmosphère où l'azote est en excès ainsi que l'analyse l'a révélé : 19 d'oxygène pour 81 d'azote au lieu de 79.

Après un certain temps de repos, il retourne à son inhalation, l'interrompt par une nouvelle promenade, et c'est ainsi qu'il peut, par une série d'expériences progressives, arriver à faire une heure de humage par jour, ce qui représente quatre heures à peu prés de séjour dans les galeries, deux heures le matin et deux heures le soir.

Mais voici où la supériorité du fonctionnement thermal apparaît, c'est que, tandis que partout ailleurs après la séance de humage, le patient est obligé, pour rentrer chez lui, d'affronter les dangers du passage à l'air extérieur, ici il remonte dans sa chambre à travers des couloirs qui, étant tous en communication partielle avec les galeries inférieures, participent des propriétés particulières de leur atmosphère minérale.

Nous avons été encouragé à prolonger peu à peu la durée de ces opérations par la constatation de leurs heureux effets sur les malades présentant les affections les plus diverses de l'arbre aérien ; cependant cet empirisme raisonné ne pouvant suffire, malgré le succès qui le consacrait, je me suis efforcé de le contrôler et de lui donner quelque autorité par les expériences que voici : dans la salle de humage, et même dans une partie des galeries où l'air est plus calme, nous faisons essuyer soigneusement les carreaux de vitres et si, pendant plusieurs jours, nous laissons ces parties sans y toucher, nous voyons après dessèchement se former des traînées blanches qui révèlent indubitablement un dépôt calcaire ne pouvant provenir que des buées de la source. Pour donner plus de précision à ces présomptions, voici ce que nous avons imaginé : des tubes de verre de différentes dimensions sont suspendus par des fils au centre des cheminées que nous avons décrites ci-dessus ; au bout de huit jours, ils sont couverts au dedans et au dehors d'une légère couche de sels calcaires d'un blanc de lait qui devient de plus en plus manifeste par la dessiccation ; au bout d'un mois, la couche est déjà assez épaisse pour laisser tomber par un léger grattage une quantité de poudre blanche très appréciable. Au bout de deux mois, on a plusieurs grammes, suivant le volume des tubes, d'une poussière calcaire dont l'analyse faite par M. Paché, pharmacien à Dax, a révélé la nature : c'est

(1) Albert Robin. *Lithiase urique et oxalique chez les enfants du premier âge. Diagnostic et traitement.* Journal de thérapeutique, 1878.

(2) Voyez Gazette médicale de Paris, 1883.

du carbonate de chaux, du bicarbonate de chaux, et non pas du sulfate, comme nous l'avions d'abord supposé, étant donnée la nature des eaux minérales de Dax.

De ces expériences, nous croyons être autorisé à conclure que les vapeurs minérales humées par le malade, soit dans les appareils d'inhalation, soit durant la promenade dans les galeries, sont chargées de principes calcaires. Il nous reste à faire ressortir, au point de vue médical, l'importance de ce fait et comment il explique que l'amélioration présentée par plusieurs de nos phtisiques, ce qui fera l'objet d'un article prochain.

Dr Barthe de Sandfort,
médecin consultant aux Thermes de Dax (Landes).

BULLETIN

Le mouvement de la population en France

C'est pour la seconde fois que l'Académie de médecine discute cette importante question du monvement de la population française. Depuis 1867, date du premier débat, on peut dire que la question n'a cessé d'être à l'ordre du jour des Sociétés savantes, des Congrès, des Commissions d'hygiène ou de statistique, fixant tour à tour ou simultanément l'attention des hygiénistes, des médecins, des économistes, des publicistes; c'est qu'elle est d'un intérêt social de premier ordre : il ne s'agit de rien moins, en effet, que de l'avenir de notre pays.

La population française s'accroît dans des proportions inférieures à celle dee autres pays, notamment de l'Angleterre et de l'Allemagne : voilà un fait nettement établi par la statistique qui, en le révélant, en a déterminé l'importance numérique. Tandis que notre accroissement, qui était au commencement du siècle de 6,02 pour 1,000 habitants, n'est plus aujourd'hui que de 2,42 pour 1,000, il est en Angleterre de 13 pour 1,000 et en Allemagne de 10 pour 1,000. Quelles en peuvent être les conséquences immédiates ou éloignées? Est-ce un bien ou un mal, soit pour le présent, soit pour l'avenir?

A cette première question, on rencontre quelques réponses divergentes, mais la presque unanimité considère comme un danger social pour la France la situation dont il s'agit. Suivant M. Rochard, qui a eu plusieurs foie l'occasion de défendre cette thèse avec l'éloquence persuasive dont il est doué, « ce n'est pas dans sa puissance seulement qu'une nation est menacée quand la population reste stationnaire, c'est aussi dans sa prospérité. » « Il en résulte, ajoute-t-il plus loin, un affaiblissement moral et matériel qui ne lui permet plns de lutter avec la concurrence étrangère ni de défendre ses intérêts contre les nations qui continuent à progresser. »

En tête de la minorité s'est trouvé M. Hardy qui, réhabilitant la mémoire de Malthus dont les doctrines ont été mal interprétées, déclare « que la puissance d'un pays n'est pas en rapport direct avec l'augmentation de sa population et avec le nombre d'hommes qu'il peut mettre sous les armes », et que « l'excès de population amène plutôt la misère. » Cette opinion, vraie peut-être à une époque où les relations et communications internationales étaient difficiles et où les productions d'un pays devaient se consommer sur place, ne peut plus se justifier aujourd'hui. D'un côté, avec les nouveaux engins de guerre, le nombre constitue un élément plus puissant que la valeur individuelle; de l'autre, la facilité et la rapidité des communications entre tous les pays permettent pour chacun d'eux de suppléer, dans des conditions excellentes, à l'insuffisance de ses produits. D'ailleurs, l'émigration vient contre-balancer les effets de l'accroissement rapide de la population, d'abord en réduisant l'excédant, ensuite en contribuant à accroître la fortune du paye par les relations de la colonie avec la mère patrie.

Donc le danger signalé plus haut, et qui, nous le répétons, réunit à peu près l'opinion unanime, est réel; qu'il soit un peu amoindri comme le soutient M. Le Fort, ou qu'il grandisse et devienne de plus en plus menaçant, comme d'autres l'admettent, il n'en existe pas moins, et l'on doit consacrer toutes ses forces à le conjurer. On arrive ainsi logiquement à cette seconde question : quelles sont les causes de cette diminution dans l'accroissement de la population française?

Une population peut s'accroître de deux manières : 1o par l'excédant du chiffre dee naissances sur celui des décès; 2o par l'excédant du nombre des immigrants sur celui des émigrants. Voilà donc quatre termes, *natalité*, *mortalité*, *immigration*, *émigration*, dont les rapports entre eux peuvent varier, et ce sont justement ces différences dans leurs rapports respectifs qui donnent la clef, le mode et la mesure du mouvement ascensionnel ou décroissant d'une population. Nous ajouterons de suite que l'étude de ces quatre termes et de leurs rapports respectifs, pour conduire à des enseignements pratiques, doit être faite d'abord isolément pour chaque pays, ensuite comparativement entre les diverses nations. Cette seconde partie du travail est indispensable pour dégager certaines inconnues, et il est tel document, d'ailleurs plein d'intérêt, qui perd de son importance parce que, à ce point de vue, il offre des lacunes.

Dans le débat qui se poursuit à l'Académie de médecine, et qui touche à son terme, beaucoup d'orateurs ont envisagé plus particulièrement certaines parties plus ou moins circonscrites de la question. Il n'est peut-être pas sans intérêt d'en présenter un aperçu synthétique, en faisant ressortir, d'une part les données définitivement acquises, d'autre part les points qui réclament un supplément d'enquête : c'est ce que nous tâcherons de faire dans un prochain article, et ce qui nous semble le meilleur moyen de préparer la solution pratique que chacun appelle de ses vœux, sans toutefois espérer d'y arriver de si tôt. Ce qui importe surtout pour le moment, c'est de provoquer une salutaire agitation dans les esprits, c'est de poser nettement le problème et de le faire entrer dans les préoccupations de l'opinion publique; le reste est une affaire de temps.

Dr F. de Ranse.

(A suivre.)

NOTES & INFORMATIONS

Le secret professionnel. — Il est bon nombre de circonstances où, dans l'intérêt de ses clients, le médecin est porté à faire connaître, on tout au moins à ne pas taire le nom de telle maladie pour laquelle il leur a donné des soins. Il faut en général se méfier de ce premier mouvement; si on le suit, on peut avoir à s'en repentir. En s'en tenant rigoureusement à la discrétion qui nous eet imposée à la fois et par la loi et par nos mœurs professionnelles, on s'évite bien des ennuis. C'est pour avoir cédé au premier mouvement dont nous venons de parler, qu'un de nos honorables confrères est actuellement l'objet de poursuites judiciaires.

A la suite du décès de Bastien-Lepage, on s'occupa beaucoup des causes de sa mort et différentes versions furent imaginées et mises en circulation. Pour couper court à tous ces propos, le médecin du regretté peintre fit connaître, dans une lettre adressée à un journal, qui s'empressa de la publier, la maladie véritable à laquelle son client avait succombé.

Le parquet, saisi de l'affaire, poursuit le médecin comme coupable et le gérant du journal comme complice de révélations du secret médical. Nous aurons occasion de revenir sur cette affaire à propos du jugement de la chambre correctionnelle.

— Congrès français de chirurgie (6 au 12 avril 1885). — La liste des membres fondateurs est close : elle contient 57 noms, 23 de la province, 22 de Paris et 12 de l'étranger.

Il y a jusqu'ici 122 titulaires inscrits : 66 de province, 48 de Paris et 11 de l'étranger.

Nous rappelons qu'on peut, jusqu'à l'ouverture du Congrès, se faire inscrire comme membre titulaire (20 fr.) ou membre perpétuel (200 fr. rachetant toutes cotisations ultérieures). — Adresser les cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.

Prière d'indiquer en même temps le sujet de la communication ou de la discussion projetée.

— Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes commencera, à la Sorbonne, le mardi 7 avril 1885, à midi et demi. Les journées de mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 avril, seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 11 avril, à deux heures précises.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale à Paris, les 2, 3, 4 avril 1885, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les confrères qui ont l'intention de faire une communication sont priés d'en adresser le titre aussitôt que possible, pour la fixation et l'envoi de l'ordre du jour des séances, au secrétaire du Comité, M. le docteur Boucheron, 24, rue du Quatre-Septembre.

R. F. D.

NOUVELLES

AVIS

MM. les actionnaires de la Gazette médicale de Paris *sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu au nouveau siège social, 85, avenue Montaigne, le mercredi 25 mars à 5 h. ½. Le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guynet, de Barjac ; — de M. le docteur Bonafos, de Perpignan ; — de M. le docteur Ignatz Hauke, privat-docent de clinique infantile à la Faculté de médecine de Vienne ; — de M. le docteur Moses Popper, privat-docent d'hygiène à la Faculté de Prague.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 23 février 1885, M. le docteur Hahn est nommé bibliothécaire, en remplacement de M. le docteur Chéreau, décédé.

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1885, M. le docteur Hérard, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. le docteur Bernutz, ancien médecin de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

— Les médecins et chirurgiens du Bureau central, dont les noms suivent, sont nommés :

M. Danlos, médecin de l'hôpital Tenon. — M. Gingeot, médecin de l'institution Sainte-Périne. — M. Cuffer, médecin de Bicêtre. — M. Rohin, médecin de la maison de retraite des Ménages. — M. Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi.

***

Faculté de médecine de Lille. — M. Thibault, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886.

Hôpital général de Montpellier. — M. Fédou est nommé interne de l'asile des aliénés de l'Hôpital-Général.

Hôpital de Perpignan. — M. le docteur Bocamy, médecin adjoint, est nommé médecin en chef en remplacement de M. le docteur Bonafos, décédé.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira : 1° le 3 novembre prochain pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie ; 2° le 9 novembre prochain pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 28 février 1885, ont été nommés, dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Blusson, Delaye, Ferrier, Ducamp, Trichet, Vincent, Aheille, Baron, Chaher, Cavaillé, De Peyre de Fabrègues et Barrion.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

Thèses de doctorat. — Année scolaire 1883-1884.

9. M. Duponchelle. Contribution à l'étude des rétrécissements organiques de l'œsophage. — 10. M. Desmons. Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation immédiate progressive. — 11. M. Gœthals. Contribution à l'étude de la maladie d'Addison sans coloration bronzée. — 12. M. Voreux. Du procédé de la cravate dans les luxations anciennes de l'épaule. — 13. M. Bernard. Fièvre puerpérale Considérations médicales relatives à une épidémie qui s'est déclarée dans le service obstétrical de Saint-Sauveur en 1882. — 14. M. Billaux. Etude sur la luxation du pied en arrière. — 15 M. Duray. Considérations sur la fracture de l'extrémité inférieure du radius et son traitement par la gouttière en gutta-percha. — 16. M. Journés. Contribution à l'étude de la gangrène de l'intestin dans les hernies étranglées. — 17. M. Lesur. Des épithéliomas du sein. — 18. M. Parmentier. Du choix comparé du forceps et de la version dans quelques cas de rétrécissement du bassin de 7 à 9 centimètres. — 19. M. Coroënne. Du cancer de l'utérus gravide et de son traitement chirurgical.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 22 au samedi 28 février 1885.

Fièvre typhoïde 21. — Variole 4. — Rougeole 35. — Scarlatine 1. — Coqueluche 2. — Diphtérie, croup 41. — Choléra 0. — Dysentérie 0 — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 41. — Autres affec-

tions générales 72 — Malformation et débilité des âges extrêmes 61. — Bronchite aiguë 51. — Pneumonie 104. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 50. — au sein et mixte 36 — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 93. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1,149 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, par le docteur J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Une brochure in-8 de 77 pages. — Librairie Camille Coulet, 5, Grande-Rue, à Montpellier, et à la librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Recherches dynamométriques sur l'état des forces chez les hémiplégiques, par le docteur Paul Dignat, in-8 de 125 pages avec tableaux dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation, par le docteur A. Jousset, ancien médecin de la marine, lauréat de l'Académie de médecine, etc., etc. Un volume in-8 de 460 pages avec 16 planches hors texte et 220 tableaux dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Choléra, moyen d'en arrêter la propagation et d'en préserver les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales, par Girard de Caudemberg, avec une préface, par le docteur Charles de Caudemberg, in-8 de 38 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 180 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de gynécologie opératoire avec l'exposé des procédés d'exploration en gynécologie, par A. Hegar, directeur de la clinique de gynécologie, et R. Kaltenbach, professeur extraordinaire de gynécologie à l'Université de Fribourg en Brisgau, traduit sur la deuxième édition allemande par le docteur Paul Bar, accoucheur des hôpitaux de Paris, précédé d'une préface par le professeur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris. — Prix : 16 francs. — Paris, 1885. G. Steinheil, éditeur, successeur de H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

Manuel d'histologie pathologique, par Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ranvier, professeur au Collège de France. Tome II, 2e fascicule. Un vol. in-8, avec 170 figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — L'ouvrage complet en 2 forts vol. in-8, avec 577 figures dans le texte : 30 fr. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II — No 11 — 14 MARS 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

AVIS

La transposition des cinq dernières lignes, page 110, 2e colonne, a rendu incompréhensible, dans le dernier numéro, le travail de M. Pozzi : NOTE SUR DEUX NOUVEAUX CAS DE PSEUDO-HERMAPHRODISME. *L'erreur est rectifiée dans le supplément ci-inclus, et les lecteurs sont priés de substituer les quatre pages de ce supplément aux quatre pages du précédent numéro qui portent les mêmes folios (109-110-119-120).*

NEUROPATHOLOGIE

L'IMAGE HALLUCINATOIRE ET L'IMAGE RÉELLE, par MM. BERNHEIM et CHARPENTIER, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

On peut suggérer à beaucoup de somnambules, pendant leur sommeil, qu'ils verront à leur réveil telle ou telle chose, et l'hallucination se réalise avec une netteté telle que le sujet la confond avec la réalité. Cette image se comporte-t-elle, ainsi qu'on l'a prétendu, comme le ferait une image réelle, objective, traversant l'appareil visuel périphérique, la rétine et le nerf optique jusqu'au centre sensoriel de l'écorce cérébrale ? Ou bien n'est-elle qu'une image subjective, réveillée directement comme un souvenir dans le centre sensoriel, évoquée par l'imagination du sujet ?

Pour résoudre cette question, nous avons fait quelques expériences ; nous allons les relater dans l'ordre que nous avons suivi pour les faire.

Nous avons choisi comme sujets des femmes d'intelligence moyenne, non hystériques, de jugement pondéré, suggestibles à tous les degrés, c'est-à-dire susceptibles, pendant leur sommeil, d'anesthésie, de catalepsie, d'illusions sensorielles, d'hallucinations hypnotiques et post-hypnotiques. Toutes pouvaient être rendues complètement analgésiques pendant leur sommeil ; le chatouillement de l'intérieur des narines ne les faisait pas sourciller ; il ne pouvait être question de simulation. De plus, et nous insistons sur cette précaution fondamentale, nous avons fait toutes nos expériences *sans dire un mot, même à voix basse*, qui pût mettre sur la voie les sujets endormis ; car, et rien n'est plus facile à démontrer, à tous les degrés de l'hypnotisation ils entendent, et souvent enregistrent tout avec une finesse de perception parfois remarquable.

Cela posé, voici les faits :

L. C..., âgée de 17 ans, bien portante, est hypnotisée facilement par simple occlusion des paupières et injonction de dormir. Nous préparons un disque en carton blanc et nous lui suggérons qu'à son réveil elle verra la moitié gauche de ce disque rouge et la moitié droite verte. Réveillée, elle voit distinctement les deux couleurs. Nous plaçons alors ce carton sur un disque rotatif et

FEUILLETON

LA LIBERTÉ D'ASSOCIATION ET LES SYNDICATS PROFESSIONNELS MÉDICAUX (1).

Il vient d'être rendu, par le tribunal de Domfront et la cour d'appel de Caen, deux décisions qui sont de nature à émouvoir le monde médical.

On sait que le 21 mars 1884 les Chambres ont voté, sur l'initiative du gouvernement, une loi organisant l'institution des syndicats professionnels.

Tous ceux qui exercent une profession ou un métier ont-ils le droit de bénéficier des dispositions de cette loi, c'est-à-dire de s'associer, en quelque nombre que ce soit, pour l'étude et la défense de leurs intérêts professionnels, à la seule condition de déposer les statuts de l'association et les noms des directeurs et administrateurs, à la mairie dans les départements, à la préfecture de la Seine pour les syndicats qui ont leur siège à Paris ?

Par jugement du 6 décembre 1884, le tribunal correctionnel de Domfront, saisi d'une demande en dommages-intérêts formée par le *Syndicat médical de la région sud-ouest de l'Orne*, pour exercice illégal de la médecine, a déclaré cette demande non recevable en se fondant : 1° sur ce que les médecins ne sauraient se constituer légalement en syndicat ; 2° sur ce que, dans tous les cas, eussent-ils ce droit, la loi n'accorderait pas d'ester en justice à cette catégorie de syndicats.

Le 4 février 1885, la cour d'appel de Caen a confirmé ce jugement, mais par le premier motif seulement.

Après examen attentif du texte de la loi et des travaux préparatoires, on acquiert la conviction que la loi du 21 mars 1884 est générale, c'est-à-dire s'applique à toute espèce de professions.

(1) Nous avons promis de revenir sur l'arrêt de la Cour de Caen qui a confirmé le jugement du tribunal de Domfront. Comme dans cette question, qui met en jeu l'existence des syndicats médicaux, il s'agit avant tout de l'interprétation de la loi, c'est-à-dire d'un point de jurisprudence, nous avons cédé la plume à un de nos avocats les plus distingués, qui avait toute compétence et toute autorité pour le traiter et l'élucider. *(Note du rédacteur en chef)*.

nous lui imprimons un mouvement de rotation rapide. On sait que deux couleurs réelles, arrivant ainsi presque simultanément sur la rétine, sont perçues comme une couleur unique qui, par le mélange du rouge et du vert, serait du jaune. Or, si nous demandons à L. C... quelle couleur elle voit, elle indique du blanc.

2º Après l'avoir de nouveau endormie, nous lui suggérons qu'elle verra un autre disque, moitié jaune, moitié bleu. A son réveil, nous lui présentons toujours le même disque, totalement blanc : elle voit les deux couleurs suggérées. Nous les faisons tourner sur le disque rotatif : elle voit encore du blanc.

3º Nous préparons, pendant son sommeil, un disque réellement bleu et jaune ; elle le voit ainsi au réveil, et la rotation sur le disque rotatif le fait encore voir blanc.

4º Un disque totalement bleu lui apparaît par suggestion rouge et jaune ; la rotation le fait toujours voir blanc.

5º Le même disque bleu est suggéré bleu et violet ; par rotation, il paraît blanc à L. C...

6º Un disque blanc est suggéré rouge et jaune ; à son réveil, elle voit nettement les deux couleurs. Sur le côté opposé du carton, soustrait à la vue de L. C..., nous avions marqué au crayon la moitié suggérée jaune, et celle suggérée rouge. Nous tournons le disque dans un autre sens, à l'insu du sujet, pour déplacer les deux couleurs, et nous la prions d'indiquer où est le rouge ; nous répétons cette expérience plusieurs fois, et chaque fois L. C... nous indique rapidement et exactement la moitié rouge et la moitié jaune (telle qu'elle était inscrite sur l'envers). Mais nous nous aperçûmes qu'il existait au centre du carton un trou avec une bavure du papier qui pouvait servir de point de repère ; nous fîmes disparaître cette bavure. Mme L. C... cessa de s'orienter ; elle localisa au hasard le rouge et le jaune à droite ou à gauche, en haut ou en bas ; ses indications ne concordaient plus avec la marque inscrite sur le disque.

Une seconde série d'expériences est instituée avec Rose A..., jeune fille de 18 ans, convalescente de fièvre typhoïde depuis deux mois, suggestible comme la précédente à tous les degrés.

1º Un disque blanc lui est suggéré pendant son sommeil devoir être à son réveil moitié rouge, moitié jaune ; elle voit nettement ces deux couleurs. La rotation sur le disque rotatif lui fait voir du *jaune et du rouge ensemble*;

2º Un disque blanc apparaît par suggestion jaune et bleu. On le tourne, à son insu, dans une autre direction. Rose localise au hasard le jaune et le bleu. La rotation sur un disque rotatif lui fait voir du *jaune et du bleu ensemble ;*

3º Un disque réellement rouge apparaît par suggestion jaune et bleu. Si on déplace le disque à son insu, elle localise au hasard les deux couleurs. Si on le fait tourner sur un disque rotatif, elle accuse du *jaune et du bleu ensemble ;*

4º Un disque blanc apparaît rouge par suggestion. Ce disque étant placé sur une feuille de papier blanc, on prie Rose de le fixer deux minutes. Puis on l'enlève brusquement et on lui demande quelle couleur elle voit. Elle n'accuse que du blanc ; après quelques instants, elle croit voir réapparaître le rouge ; mais elle ne voit pas la couleur complémentaire verte, telle qu'on la verrait après avoir fixé un disque rouge réel.

Une troisième série d'expériences analogues est faite avec Mme G..., âgée de 47 ans, affectée d'arthropathie du genou droit, consécutive à une ataxie locomotrice. Femme très intelligente et suggestible comme les deux précédentes à tous les degrés :

1º Un disque blanc apparaît par suggestion rouge et jaune. Si nous le tournons dans un autre sens, elle localise au hasard les deux couleurs. Sur un disque rotatif, elle voit les deux couleurs à la fois ;

2º Même résultat avec le même disque suggéré rouge et vert ou jaune et violet ;

3º Un disque blanc est suggéré moitié rouge, moitié blanc ; à son réveil, elle dit voir très nettement la moitié rouge ; on lui dit de la fixer quelque temps ; puis on lui demande quelle couleur a l'autre moitié : elle accuse toujours du blanc (et non la couleur verte complémentaire du rouge) ;

4º On lui fait voir à l'état de veille un disque réellement rouge dans une moitié, vert dans l'autre ; puis on le fait tourner sur le disque rotatif : elle reconnaît très bien la couleur jaune résultant du mélange des deux couleurs rouge et verte ;

Alors nous l'endormons et nous lui suggérons qu'à son réveil elle verra ce même disque rouge et vert. Nous la réveillons et nous lui présentons un disque blanc ; elle le voit rouge et vert. Nous le faisons tourner sur un disque rotatif : elle voit d'abord du blanc, puis du rouge et vert ensemble ;

Nous la rendormons une seconde fois et lui suggérons qu'à son réveil elle verra toujours le même disque rouge et vert ; mais que lorsque nous le ferons tourner sur le disque rotatif les deux couleurs se fusionneront en une seule qu'elle nous indiquera ;

Réveillée, elle revoit le disque rouge et vert ; sur le disque rotatif, il lui apparaît jaune, comme elle l'avait vu avant d'être endormie ;

5º On lui montre avant de l'endormir un disque bleu et orangé ; on lui suggère pendant le sommeil qu'elle verra ce même disque et qu'en le faisant tourner rapidement elle ne verra plus qu'une couleur ;

Au réveil, elle voit (sur un disque réellement blanc) les deux

---

L'article 2 de la loi, qui était le premier du projet présenté par le gouvernement, et qui est en réalité toujours le premier, puisque le précédent n'a trait qu'à l'abrogation de certaines autres dispositions législatives, renferme une définition aussi large que possible de ce qu'il faut entendre par syndicat professionnel. Il en résulte que c'est une association de personnes exerçant la même profession ; des métiers similaires ou des professions connexes, ajoute l'article 2. Il est certain que l'on ne peut dire qu'une telle définition, placée précisément en tête de la loi, comme il convient à toute définition, soit aucunement restrictive et de nature à exclure une profession quelconque. Voici du reste les termes exacts de l'article 2 : « Les syndicats ou associations professionnelles, même de plus de vingt personnes exerçant la même profession, des métiers similaires, ou des professions connexes concourant à l'établissement de produits déterminés, pourront se constituer librement sans l'autorisation du gouvernement. »

On objecte, il est vrai, qu'une restriction est apportée par l'article 3, ainsi conçu : « Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles. »

Or, disent le jugement de Domfront et l'arrêt de Caen, les médecins n'ont pas, au point de vue professionnel, d'intérêts économiques, industriels, commerciaux ou agricoles à étudier et à défendre ; par suite, ils ne sauraient se constituer en syndicats.

Cette affirmation, fût-elle exacte, et n'y eût-il d'autre élément d'appréciation que le texte même, il serait déjà bien difficile d'admettre une pareille conclusion, en présence, et de la définition si générale de l'art. 2, et du titre de la loi ainsi libellé : *Loi sur les syndicats professionnels*. L'art. 2, en effet, corroboré par le titre, définit l'institution nouvelle, et l'art. 3 s'efforce d'en déterminer l'objet, comme prend soin de le faire remarquer M. Allain-Targé, dans son rapport à la Chambre des députés. Comment admettre qu'après avoir posé, dans le premier de ces articles, le principe de la liberté d'association professionnelle, le législateur ait voulu, dans l'article suivant, déterminer l'objet des associations professionnelles, de façon à priver totalement certaines professions du bénéfice de cette liberté ? Ne serait-ce pas, tout à la fois, manquer de logique et faire échec à l'égalité qui doit régner entre les citoyens d'un État démocratique.

Mais, s'il est vrai de dire qu'au point de vue professionnel les

couleurs dont la réunion sur un disque rotatif lui fait voir une couleur de feu, qu'elle compare au coucher du soleil : la réunion des deux couleurs réelles ferait du gris ;

6o On lui présente avant de l'endormir un disque dont les deux tiers sont rouges et l'autre tiers jaune. Au réveil, elle voit par suggestion ces mêmes couleurs sur un disque réellement bleu. Nous les faisons tourner sur un disque rotatif ; elle voit une couleur gris sale ou gris bleu ; la vraie couleur résultant du mélange réel des deux couleurs est orangée.

Toutes ces expériences sont concordantes : l'image suggérée ne se comporte pas comme une image réelle ; le mélange des couleurs suggérées ne se produit pas, comme il se ferait avec des rayons diversement colorés traversant la rétine ; s'il se produit, c'est contrairement aux lois de l'optique, au gré de l'imagination des sujets.

(A suivre.)

REVUE D'HYGIÈNE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IV. Les accidents de la décompression chez les ouvriers qui travaillent a l'air comprimé. — V. La fabrication de la résorcine et de l'éosine. — VI. Effets des eaux de puits contaminés par des matières excrémentitielles. — VII. Les ouvrières en fleurs artificielles.

IV. — A propos de certains faits pathologiques observés sur les ouvriers qui travaillent, au moyen de l'air comprimé, à la construction des piles du pont de Cubzac, sur la Dordogne, M. Gérard (1) a étudié les accidents imputables à la décompression de l'air. On a observé qu'il ne se produit jamais d'accident sérieux pendant la période de compression. Il ne s'en produit pas davantage dans l'air comprimé lui-même, à la condition, bien entendu, que cet air soit convenablement renouvelé et que la pression ne subisse pas des variations trop brusques. La décompression seule est dangereuse. Quand elle est instantanée, la mort est foudroyante : quand elle est très brusque, les ouvriers ne paraissent pas en souffrir immédiatement ; ils sortent du sac bien portants en apparence, ils séjournent sans souffrir, pendant un quart d'heure environ, dans une chambre chauffée, voisine du chantier, par laquelle on les oblige à passer ; puis, quand ils font quelques pas vers leur domicile, ils tombent inanimés. Quand la décompression n'est que rapide, les ouvriers éprouvent, suivant les cas, des accidents de paralysie, des douleurs articulaires, des gonflements synoviaux, des tuméfactions musculaires qu'on désigne dans les chantiers sous le nom de *moutons ;* des démangeaisons très violentes à la peau qu'on nomme des *puces ;* des picotements par tout le corps, ou seulement de simples étourdissements. Enfin, lorsque la décompression est lente et graduée, il ne se produit jamais d'accidents.

(1) Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest, no du 10 décembre 1884.

V. — MM. E. Neumann et Pabst (1), étudiant la résorcine et l'éosine au point de vue de l'hygiène professionnelle, ont constaté que la résorcine n'est dangereuse qu'à doses massives. Grâce à son élimination rapide, elle peut être introduite dans l'économie jusqu'à la dose de dix grammes par jour, pourvu toutefois qu'elle soit ingérée par portions fractionnées. Car on ne doit pas oublier qu'une seule prise peut provoquer des accidents graves; c'est ce qui est arrivé dans le cas de Murrell, qui eut l'occasion d'observer un cas d'empoisonnement chez une jeune fille de 19 ans, à la suite de l'administration de 3 grammes 50 de résorcine ; les accidents, très graves, purent heureusement être conjurés. Comme phénomènes particuliers dans le cas de Murrell, nous n'avons à noter que l'abaissement de la température (34,4), le collapsus, l'absence des réflexes tendineux ; il n'y eut ni convulsions, ni paralysies, ni vomissements.

Après ce qu'on vient de lire, on ne sera pas surpris d'apprendre qu'il ne se produit guère d'accidents chez les ouvriers qui manient la résorcine ou ses dérivés (éosine, érythrosine) dans les fabriques de matières colorantes.

Quant aux accidents observés dans les ateliers où l'on fabrique l'éosine, MM. Neumann et Pabst n'en signalent qu'un seul qui mérite une mention spéciale, c'est l'hyperhidrose localisée des mains, accidents sur lequel Grandhomme a eu le mérite d'appeler l'attention du public médical. Le premier cas de ce genre, que le médecin de la fabrique de Hocht fut à même d'observer, remonte à l'année 1877. Depuis cette époque, il eut occasion d'en rencontrer un certain nombre de semblables et l'ensemble de ses observations comprend un total de 75 cas.

(1) Revue d'hygiène et de police sanitaire, de décembre 1884.

médecins n'ont pas d'intérêts industriels, commerciaux et agricoles à défendre, il faut bien reconnaître que le mot « *économique* » est assez large, assez peu précis, pour que les médecins eux-mêmes et tous ceux qui exercent une profession ou un métier puissent en bénéficier.

Ne sait-on pas que, ni Adam Smith, ni Rossi, ni J.-B. Say, ni tant d'autres, n'ont pu s'entendre sur la définition de l'économie politique ? Il est du reste à remarquer que la loi n'emploie pas cette dernière expression, mais a recours à ces termes encore plus vagues : « intérêts économiques ». Or, nous avons plusieurs sortes d'économies, entre autres : l'économie politique, l'économie domestique, l'économie rurale, animale, végétale, etc. Dans le dictionnaire de Littré, on trouve notamment cette définition du mot économie : l'arrangement réciproque et concourant des parties d'un ensemble, soit matériel, soit intellectuel.

Il nous paraît bien certain que l'expression « économique » est venue prendre sa place dans l'art. 3, précisément afin de lui donner cette étendue que ne comportaient pas les mots : « industriels, commerciaux et agricoles », qui ont une portée bien plus spéciale et précise. Économique doit être ici, en quelque sorte, le terme générique, à peu près synonyme de « professionnel », expression qui se trouvait du reste dans le projet présenté par le gouvernement, et qui a disparu vraisemblablement par inadvertance, au milieu des remaniements multiples subis par cet article, tant à la Chambre des députés qu'au Sénat, puisque c'est à la rédaction du gouvernement qu'on a fini par revenir, sauf l'addition du mot « agricole ».

Sans nous attarder à discuter les termes de l'art. 3, nous estimons qu'il en est des lois comme de l'interprétation des conventions, dans lesquelles il convient de rechercher quelle a été la commune intention des parties, plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes, dit l'art. 1156 du code civil. Dans le doute, s'en référer aux travaux préparatoires et, en premier lieu, à l'exposé des motifs, puis aux rapports des commissions, enfin à la discussion, est encore le plus sûr moyen de connaître la pensée du législateur.

Nous allons voir que l'examen attentif et raisonné de ces documents ne peut laisser place à un doute sérieux. Il en résulte bien clairement que l'intention des auteurs de la loi du 21 mars a été, d'une part, d'établir, en principe, le régime de la liberté pour les

Le tableau symptomatique est toujours le même; l'excrétion augmentée de la sueur est précédée d'une exagération de la sensibilité, d'une hyperesthésie siégeant dans les extrémités des doigts, occupant aussi parfois la peau qui recouvre la région thénar. Les mains sont contractées chez la plupart des malades, l'épiderme ne reste pas intact et il se fait des gerçures à la paume des doigts et des mains; chez quelques malades, il y eut même des abcès. La sécrétion sudorale est toujours tellement abondante qu'en renversant la main, on voit la sueur tomber par gouttes. Cette hyperhidrose des mains ne s'accompagne d'aucune odeur; à l'examen microscopique, on ne trouve pas d'altération du liquide excrété. L'état général des malades n'est en rien influencé.

La durée moyenne de l'hyperhidrose varie de deux à quatre jours, six jours au plus; cependant Grandhomme a cité un cas tout à fait exceptionnel dans lequel cet accident persista pendant douze jours. Les récidives, sans être fréquentes, ont cependant été notées.

Il est difficile, quant à présent, de se prononcer sur les causes de cette hyperhidrose; de nouvelles recherches sont nécessaires; toutefois, d'après Grandhomme, ce ne sont pas les matières colorantes, telles que l'éosine, la couleur d'orange, etc., qu'il faut incriminer, mais plutôt certains produits bruts mélangés à ces matières colorantes, ainsi que cela arrive pour le naphtol non purifié; il est probable que ce sont les lavages avec une solution concentrée de chlorure de chaux qui constituent la principale cause de ces manifestations cutanées; ce qui semble corroborer cette manière de voir, c'est que les cas ont diminué de fréquence et d'intensité depuis qu'on a interdit dans la fabrique l'usage de ces substances.

VI. — Dans une communication faite au mois de janvier 1884 à l'Académie des sciences, M. Gautrelet avait signalé, dans les eaux de puits contaminés par des infiltrations de fosses d'aisances, la présence de cellules sphériques de nature azotée qu'il a appelées *stercogona tetrastoma*, et qu'il pensait être le microbe de la fièvre typhoïde. M. L. Garnier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, a eu deux fois, en mars 1883 et en février 1884, l'occasion d'analyser l'eau de puits contaminés par des infiltrations d'origine excrémentitielle. L'usage en boisson de l'eau du premier puits avait occasionné de l'entérite chez 24 personnes sur 25 habitants examinés. Dans le second cas, 10 personnes de la même maison ont été atteintes d'entérite non fébrile. En employant la méthode d'analyse micrographique préconisée par M. Certes, M. Garnier (1) n'a pu retrouver le *stercogona tetrastoma*, bien plus il ne l'a même pas rencontré dans des eaux de puits contaminés appartenant à des maisons où a sévi plus ou moins violemment et où sévissait encore la fièvre typhoïde. Aussi de ses recherches et de ses analyses arrive-t-il aux conclusions : 1o que des eaux de puits contenant des produits excrémentitiels n'ont, par leur usage prolongé, provoqué d'autre affection que de l'entérite simple, endémique et sans fièvre; 2o que l'existence du *stercogona tetrastoma* et notamment son origine et son rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde ne sont rien moins que démontrés; 3o enfin que, s'il existe une relation entre la consommation des eaux de source ou de puits qui sont l'objet d'infiltrations d'origine excrémentitielle et l'*apparition* de la fièvre typhoïde chez les individus qui font usage de ces eaux, cette relation est encore inconnue et reste à l'état d'hypothèse.

VII. — M. Napias, tout en signalant comme un élément indispensable d'assainissement la généralisation de l'emploi des couleurs d'aniline dans l'industrie des fleurs artificielles, a constaté encore certains accidents dont les plus sérieux sont imputables à la présence du plomb dans quelques couleurs rouges (2). M. Napias émet donc le vœu que, pour éviter le danger d'une intoxication saturnine, l'on remplace constamment les laques à bases de plomb par d'autres laques, par exemple par des laques à bases d'alumine. Pour éviter les éternuements, les toux opiniâtres, les éruptions prurigineuses que provoquent surtout les dérivés azoïques, il voudrait que les ouvrières consentissent à porter un masque de gaze légère, que leur tête fût recouverte d'un bonnet de toile serrée, qu'elles portassent des vêtements de travail fixés aux poignets et garantissant le cou. L'usage de pantalons serrés au genou serait aussi nécessaire; enfin M. Napias conseille des bains fréquents et des soins de toilette journaliers, minutieux, pour compléter cet ensemble de mesures individuelles.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

(1) ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, décembre 1884.

(2) REVUE D'HYGIÈNE ET DE POLICE SANITAIRE, de décembre 1884.

---

associations de personnes exerçant la même profession, et, d'autre part, de sauvegarder l'ordre public, en délimitant l'objet de ces associations, de façon à les empêcher, autant que possible, de s'occuper de sujets étrangers à la profession et particulièrement de questions politiques ou religieuses.

Les premières lignes de l'exposé des motifs font connaître toute la pensée du gouvernement, à l'initiative duquel, il ne faut pas l'oublier, est due la loi. C'est à toutes les professions sans exception qu'il entend octroyer la liberté d'association et, si par la suite, la discussion a surtout porté sur les patrons et ouvriers, c'est parce que, là surtout, on croyait voir le danger de la liberté nouvelle; mais ce serait une grave erreur d'en conclure que le législateur n'a entendu régler que l'antagonisme existant entre le capital et le travail, n'a voulu s'occuper que des professions industrielles, commerciales ou agricoles, ou comme on l'a dit, des professions manuelles.

« La loi des 2-17 mars 1791, dit l'exposé des motifs lu à la séance de la Chambre du 22 novembre 1880, a fait disparaître les entraves apportées à la liberté du travail, en supprimant les maîtrises, les jurandes et les corporations.

« Cette loi a été suivie de près, par celle des 14-17 juin de la même année, qui a donné une sanction à la première.

« La liberté de travail y est érigée en principe fondamental de la constitution française, et, pour consacrer et sauvegarder ce principe, le législateur « anéantit *toutes espèces de corporations des citoyens du même état ou profession*, et défend de les rétablir de fait, sous quelque prétexte et quelque forme que ce soit (art. 1er.)— *Les citoyens d'un même état ou profession*, les entrepreneurs, ceux qui ont boutique ouverte, les ouvriers et compagnons d'un art quelconque, n'ont pas le droit de délibérer, de tenir des registres et de former des règlements sur leurs prétendus intérêts communs (art. 2). — Si, contre les principes de la liberté et de la constitution, *des citoyens attachés aux mêmes professions, arts et métiers*, établissent entre eux un accord pour le prix de leurs travaux, leurs délibérations sont déclarées inconstitutionnelles, attentatoires à la liberté et à la déclaration des droits de l'homme (art. 4.) »

« Ces mesures qui, aujourd'hui, peuvent paraître excessives, étaient alors nécessaires pour briser les résistances et déjouer les manœuvres des privilégiés « d'octroi royal » qui avaient si longtemps

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie.

I. PREMIER EXEMPLE DE GUÉRISON D'UNE PLAIE PÉNÉTRANTE PAR COUP DE FEU DE LA COLONNE VERTÉBRALE, par le docteur ALBERS (1). — II. DISLOCATION PARTIELLE DE L'ARTICULATION OCCIPITO-ATLOÏDIENNE; RÉDUCTION; GUÉRISON, par P.-C. COLC (2). — III. BLESSURE MORTELLE PAR COUP DE FEU DU SYSTÈME VASCULAIRE, AVEC EMBOLIE DU PROJECTILE, par le docteur G. BENNO SCHMIDT (3).

I. — M. ALBERS vient de publier l'observation suivante, qui peut être considérée comme unique en son genre :

« Dans un duel au pistolet, M. K... reçut une balle (pistolet à canon lisse, gros calibre) dans le côté droit, à deux centimètres au-dessus de la crête iliaque. On vit tout aussitôt s'échapper de la plaie un jet de sang artériel, presque de la grosseur d'un doigt. Après introduction dans le trajet de la balle de petits tampons d'ouate salicylée, on appliqua pardessus un pansement compressif. Immédiatement après le coup de feu, le blessé s'était affaissé dans un état de demi-syncope; ses jambes étaient frappées d'une paralysie complète. Il fallut le transporter à un quart de lieue de chemin, pour le mettre en voiture et de là le conduire à l'hôpital de Hanau, à une demi-lieue de distance. Une fois le blessé couché dans un lit, on lui appliqua de la glace sur le ventre, et pour calmer les douleurs qu'il éprouvait dans les jambes, on dut lui faire une injection de morphine.

« Le lendemain, on constatait les signes d'une péritonite à ses débuts. T. 39°,8; rétention d'urine, constipation. On prescrivit au malade du calomel à hautes doses et de l'opium à petites doses. On renouvela le pansement en s'astreignant de la façon la plus rigoureuse aux règles de l'antisepsie. Repos complet, alimentation réconfortante. Pas d'hémorrhagie par la plaie.

« Le surlendemain, émission d'une petite quantité d'urine, miction moins douloureuse; la constipation persiste, malgré l'emploi des lavements.

« Au bout de six jours, les signes de péritonite avaient disparu. En levant le pansement, on constate que la plaie, au niveau de laquelle s'était formée une eschare noirâtre, a secrété quelques gouttes d'un pus jaunâtre, peu lié. Pour la première fois, on explore le trajet de la balle avec une sonde épaisse, boutonnée, longue de 30 centimètres. La sonde avance sans difficulté jusque sur la troisième vertèbre lombaire, et, après avoir passé sur une surface rugueuse, pénètre à 3 centimètres et demi de profondeur dans l'os, pour aller se heurter à un corps dur, adossé lui-même à une masse molle. En retirant la sonde hors de la vertèbre, le chirurgien eut la sensation du contact d'une masse molle, élastique, qui, d'après sa situation, devait être la moelle. Se basant sur les résultats de cette exploration, M. Albers diagnostiqua une plaie pénétrante de la troisième vertèbre lombaire, occasionnée par une balle qui avait perforé cette vertèbre dans presque toute son épaisseur, sans toucher aux intestins, mais en mettant à nu le canal vertébral, pour se loger dans la partie externe du corps de la vertèbre, en arrière de la moelle. Il ne fallait pas songer à l'extraction du corps étranger. Mais il était clair que la cicatrisation du trajet osseux entretiendrait, pendant des mois, une suppuration plus ou moins abondante, et c'est ce qui détermina M. Albers à introduire, avec beaucoup de précaution, un drain jusque dans le trajet vertébral.

« Il y avait tout lieu d'admettre que la moelle n'avait subi d'autre lésion qu'une contusion. Et, en effet, au bout de huit jours l'émission des urines se faisait de nouveau sans difficulté, sans spasme et sans douleur. Au bout de trois semaines, l'écoulement de pus par le drain était devenu assez abondant (15 à 25 grammes); fièvre modérée (T. S. 38°,9). Pendant les douze premières semaines, le pansement fut renouvelé tous les jours, pour assurer le libre écoulement du pus par le drain. Quand l'écoulement diminuait, ce qui coïncidait avec une élévation de la température (39°), on enlevait le drain, dont on trouvait alors le bout interne obstrué par du pus; à partir du quatorzième jour, il arriva même d'y trouver des parcelles de drap. Un nouveau drain était introduit, à travers lequel on faisait des lavages avec une solution phéniquée à 4 0/0. A partir de la cinquième semaine, les jambes furent électrisées avec des courants d'induction faibles. Quinze jours plus tard, les

(1) DEUT. MILITAER-AERZTL. ZEITUNG, t. XIII, p. 10 et DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1885, n° 8, p. 126.
(2) NEW-YORK. MEDICAL RECORD, 15 mars 1884.
(3) CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1885, n° 8, p. 131.

imposé au travail le joug de leur réglementation, et confisqué à leur profit la liberté des contrats.

« Mais, aujourd'hui, cette nécessité existe-t-elle encore, ou, tout au moins, existe-t-elle au même degré? Serait-il à craindre, si l'on se départait des rigueurs de la loi des 14-17 juin 1791, de voir renaître ces corporations oppressives des temps passés? Ou bien pourrait-on redouter des coalitions d'intérêt, préjudiciables à l'ordre public et à la prospérité du pays?

« Qui pourrait être sérieusement tenté de reconstituer, à un degré quelconque, les anciennes corporations? Si, par aventure, il se rencontrait des esprits disposés à la réalisation d'une semblable entreprise, n'échoueraient-ils pas bientôt devant la résistance des intérêts rivaux?

« Et, d'ailleurs, la différence est profonde entre les syndicats professionnels et les anciennes corporations.

« Tandis que les décisions de ces dernières étaient obligatoires, s'imposaient, bon gré mal gré, à tous les artisans d'une même profession, les membres des syndicats actuels sont au contraire toujours libres et indépendants... et ne sont collectivement engagés que dans la mesure qu'ils ont volontairement acceptée. Ce n'est plus qu'un contrat librement consenti et soumis, pour son exécution, aux règles du droit commun.

« Donc, en proposant de lever les interdictions inscrites par le législateur de 1791 dans la loi des 14-17 juin, nous ne portons aucune atteinte à son œuvre première des 2-17 mars; nous la consacrons, au contraire, en la dégageant des mesures transitoires qui la protégeaient et qui sont devenues inutiles aujourd'hui. »

Ainsi, d'après l'exposé des motifs, on propose bien d'instituer, de proclamer la liberté de s'associer, pour permettre aux personnes exerçant les mêmes professions ou métiers, d'étudier et de défendre leurs communs intérêts professionnels, sans, pour cela, rétablir les corporations de l'ancien régime, d'ailleurs bel et bien mortes à jamais, comme définitivement abolies et même liquidées par les lois de 1791. Pour rendre possibles ces associations professionnelles, constituant, non un privilège concédé par l'autorité et opposable à tous, mais une simple convention obligatoire pour les seuls adhérents, l'article 1er de la loi de 1884 abroge complètement la loi précitée des 14-17 juin 1791, et aussi l'article 416 du code pénal punissant les ouvriers, patrons et entrepreneurs d'ouvrage qui, à l'aide d'amendes, défenses, proscriptions et interdictions

gros orteils à droite et les deux derniers orteils à gauche avaient récupéré une partie de leur mobilité. Trois mois après l'accident, les muscles du mollet à droite se contractaient faiblement. La sensibilité était éteinte aux membres inférieurs. An bout de huit mois, on retira du drain (qui depuis le quatrième mois ne pénétrait plus dans le trajet osseux, oblitéré par des granulations), à l'aide d'une sonde en pas de vis, un morceau de toile ayant les dimensions d'un thaler et un sequestre osseux (3/4 de centim. sur 1 1/3); l'écoulement de pus, tari un instant, reprit son cours; les douleurs que ressentait le malade et qui, partant du rachis, s'irradiaient dans les membres inférieurs, se calmérent. Le mois suivant (neuvième après l'accident), le malade pouvait rester assis pendant quelques heures et faire quelques pas. Au bout de quatre nouvelles semaines, il pouvait se promener dans la chambre, appuyé sur une canne. On ne renouvelait plus le pansement que tous les trois jours. Au bout d'un an, le malade ressentit une douleur très vive à gauche de la vertèbre lésée; une tuméfaction œdémateuse se forma à ce niveau, et l'on put sentir au toucher, pendant plusieurs jours, un corps dur résistant. La marche s'améliora de plus en plus; les douleurs s'atténuèrent. La quantité de pus qui s'écoulait par le drain (dont la longueur avait été réduite à 5 centimètres) ne dépassait pas 10 à 15 grammes en l'espace de deux ou trois jours. Les forces du malade se relevaient en même temps que l'appétit; cependant l'intestin était toujours très paresseux, et le malade n'allait à la selle que tous les trois jours, après avoir pris des lavements. Dix-huit mois après l'accident, il fut envoyé aux eaux de Wiesbaden, pour affermir sa convalescence. En même temps, il fut soumis aux applications du courant de pile. Au bout de deux ans et demi, il pouvait faire une centaine de pas, en s'aidant d'une canne. Enfin trois ans et demi après l'accident, le malade était suffisamment rétabli pour pouvoir s'acquitter des fonctions de commandant de place dans une forteresse. »

M. Albers a tiré de ce fait les enseignements suivants, qui pourront servir de règle de conduite pour la chirurgie de guerre, dans les cas de lésions du rachis par coup de feu :

La conservation de la vie n'a été possible que grâce à la pratique immédiate de l'hémostase;

Sitôt que l'hémostase a été obtenue, il devient possible de transporter les blessés dans une ambulance;

Le pansement à l'onate salicylée n'assure l'antisepsie que pour une période de vingt-quatre heures;

Le sondage de la plaie ne doit être tenté qu'une fois la suppuration établie, et on devra se servir d'une sonde assez longue, à bout épais;

Le sondage, pratiqué avec précaution, est nécessaire pour juger de l'étendue et de la gravité de la lésion et pour faciliter le drainage, qui doit tendre à amener le pus au dehors, à l'empêcher de s'écouler dans la cavité abdominale; c'est pourquoi le drain devra pénétrer jusque dans le trajet osseux;

Le renouvellement quotidien du pansement antiseptique et le drainage permettront d'obtenir une asepsie complète et de prévenir la formation d'abcès;

A cause de la longue durée nécessaire pour obtenir la guérison, il faut veiller à ce que les blessés soient soustraits aux conséquences fâcheuses du décubitus dorsal prolongé;

Il faut se résigner à attendre l'élimination spontanée du corps étranger, qui peut se faire sans danger, même quand il s'agit d'un projectile de calibre relativement gros;

Même après une année de durée, la paralysie des membres inférieurs, résultant d'une simple contusion de la moelle, est susceptible de se dissiper en grande partie.

II. — Une jeune dame de 24 ans, se trouvant couchée sur le ventre, dans un état de demi-sommeil, tourna brusquement la tête dans la direction des pieds. Au même instant, elle perçut un craquement et fut en proie à une douleur violente dans la région du cou; elle ne pouvait plus ramener la tête dans l'attitude normale. M. Cole vit la malade une heure après l'accident; l'expression de la figure traduisait une grande angoisse; la douleur du cou était très violente. La face était tournée vers l'épaule droite et le menton appuyait contre la clavicule du même côté. Le pouls battait 44 à la minute. Le médecin saisit des deux mains la tête de la patiente et souleva celle-ci de telle sorte qu'elle n'appuyât sur le lit que par les talons; puis il fit exécuter à la tête un mouvement de rotation; cette manœuvre s'opéra sans difficulté. La douleur cessa instantanément, la fréquence du pouls remonta à 72. Toutefois, pendant les premiers jours qui suivirent, les moindres mouvements déterminaient un ralentissement du pouls; les soins consécutifs ont consisté en l'application d'un appareil qui, par l'intermédiaire d'un ressort en acier, exerçait sur la tête une

---

prononcées par suite d'un plan concerté, auront porté atteinte au libre exercice de l'industrie. En outre, les art. 291, 292, 293, 294 du code pénal et la loi du 10 avril 1834 qui punissent les associations de plus de vingt personnes, sont déclarés inapplicables aux syndicats professionnels.

Tout ceci prouve donc bien que la portée de la loi est aussi étendue que possible, dans la pensée du législateur, et rien, dans la discussion qui a eu lieu devant les Chambres, ne permet de sontenir que l'on ait même proposé de la restreindre. On s'est seulement efforcé de parer aux dangers que pourrait courir l'ordre public, en prenant certaines précautions, et particulièrement en déterminant, par les expressions plus ou moins heureuses de l'article 3, l'objet de ces associations, en s'efforçant de les contraindre à ne s'occuper que de questions professionnelles et à éviter toutes incursions sur le domaine politique ou religieux.

Alfred Léchopié,
Avocat à la cour d'appel de Paris.

(A suivre.)

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mars 1885, le ministre du commerce vient, sur la proposition de l'Académie de médecine, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France, pendant l'année 1883.

Prix de 1,500 francs, partagé entre : MM. les médecins-majors Amat, Senut et Sourris.

Médailles d'or. — MM. Barbe, vétérinaire à Podensac; Cougis, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon; Durand, docteur en médecine à Marseillan, et M[lle] Naizin, sage-femme à Vannes.

Médailles d'argent : suivent les noms de nombreux confrères, officiers de santé et sages-femmes.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 février 1885, M. le docteur Debuisson, médecin adjoint à l'asile public Sainte-Anne, est compris dans la deuxième classe du cadre.

pression modérée, s'opposant aux monvements d'extension, tout en laissant un libre jeu aux mouvements de flexion.

M. Colc, sans méconnaître que la diagnose des lésions traumatiques du rachis prête à des difficultés considérables, affirme que, dans le cas en question, l'existence d'une distorsion de l'articulation occipito-atloïdienne ne pouvait pas faire de doute. L'hypothèse d'une subluxation de l'atlas et de l'axis se trouve exclue par cette circonstance que, pendant plusieurs semaines, la patiente a conservé nn endolorissement dn cou, limité au côté gauche, et occupant l'espace compris entre le sterno-cléido-mastoïdien et le cou, tandis que la partie antérieure de la nuque n'était pas endolorie.

III. — Dans l'observation de Schmidt, il s'agit d'un suicidé, qui, pour se donner la mort, s'était tiré un coup de pistolet dans la poitrine. Le projectile avait traversé le sixième espace intercostal, à 10 centimètres dn hord gauche du sternum, creusant un trajet oblique de has en haut et d'avant en arrière, pour pénétrer dans le poumon gauche en nn point qui correspondait à la cinquième côte. Après un trajet de 7 centimètres dans l'épaisseur du ponmon, la balle avait perforé la paroi antérieure de la veine pulmonaire gauche, pour venir échouer contre la paroi postérienre, dont la tunique interne se trouvait érodée, à ce niveau, dans une étendue égale environ à celle d'une pièce de cinquante centimes. Immédiatement en arrière de ce point était située la bronche gauche qui, en vertu de son élasticité, avait sans doute amorti le choc.

Or à l'autopsie de cet homme on trouva, par hasard, dans l'artère crurale, au niveau de l'anneau de Fallope, un projectile anguleux, dont on s'expliquait mal la présence en co point, vu l'intégrité complète des parois du vaisseau. Une fois en possession des renseignements que nons venons de faire connaître, il ne restait plus qu'une hypothèse à émettre : c'est que le projectile, après avoir fait irruption dans l'une des veines pulmonaires, avait été entraîné par le torrent circulatoire dans l'oreillette gauche, puis dans le ventricule et, comme un vulgaire emholus, dans le système aortique, pour s'embosser dans l'artère crurale. Il était enclavé dans le point où ce vaisseau se rétrécit subitement après avoir émis l'artère fémorale profonde. Le diamètre longitudinal dn projectile (allongé en pointe) était parallèle à l'axe du vaissean. Les appareils valvulaires du cœur étaient d'une intégrité parfaite. Au-dessus du projectile, l'artère était obstruée par un thromhus assez vaste, faiblement adhérent; tout à l'entour, l'infiltration sanguine des tissus était très-faible. La mort avait été la conséquence de l'hémorrhagie interne, due à la perforation de la veine pulmonaire.

L'auteur n'a pas pu découvrir de fait analogue dans les recueils de la littérature médicale.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Mittheilungen aus der meoicinischen Klinik zu Würzburg, par C. Gehrarot et F. Müller.—Tome I^er, avec deux planches et trois figures dans le texte. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Il existe dans les cliniques allemandes nne habitude qu'on devrait introniser dans notre pays : c'est celle qui consiste à réunir en un volume annuel les principales recherches effectnées pendant l'année par le professeur et par ses élèves. Rien ne sert mieux la science, parce que l'émulation de chacun est stimulée d'autant : le professeur apporte plus de soin dans son enseignement ; il indique à ses meilleurs disciples les obscurités à mettre en lumière, et tous rivalisent de zèle pour mener à honne fin l'œuvre commune.

La clinique médicale de Wurtzbourg vient d'entrer dans ce mouvement et présente an public médical le premier volume de ses travaux, qu'elle fait précéder d'une fort intéressante introduction où sont brièvement relatées les phases principales de son histoire.

Puis viennent huit mémoires originaux dont les matériaux ont été recneillis à la clinique. En voici les titres :

I. Wilhem Osterlein : « Des féces dans l'ictère ».

II. Carl Borsutzky : « Du double souffle crural intermittent, en dehors des maladies du cœur ».

III. Adolf. Herfeldt : « Sur les variations journalières de l'élimination de l'urée dans l'état de santé et de maladie ».

IV. Léon Stortz : « Considérations cliniques sur la pneumonie croupale. — Travail de statistique ».

V. Otto Seifert : « La caféine dans les maladies dn cœur. »

VI. Heinrich Moeser : « L'infiltration épiglottique comme signe avant-coureur de la phthisie laryngée ».

VII. Sergius Platonow : « Snr la signification diagnostique des cocci de la pnenmonie ».

VIII. Friedreich Müller : « Sur une matière albuminoïde de l'urine précipitée par l'acide acétique. — Sur un cas d'hydrocéphalie ».

Die Behandlung des Unterleibstyphus, par Wilhelm Ebstein. — Une brochure in-8 de 48 pages. — J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1885.

Voici un petit opuscule dont la lecture intéresse au plus haut point le praticien : il s'agit du traitement de la fièvre typhoïde. L'auteur passe rapidement en revue le traitement prophylactique, la valeur des diverses méthodes thérapeutiques, la cause de la terminaison fatale dans les cas suivis de mort, le traitement diététique, etc. Puis il prend à partie chacune des méthodes thérapeutiques et il la serre de prés dans une critique toujours judicieuse. Il conclut ainsi :

1° Le traitement ahortif de la fièvre typhoïde a une valeur réelle et dont il doit être tenu compte. J'avoue que, sans m'inscrire contre cette conclusion, je n'ai par devers moi aucun fait qui me permette de l'accepter sans réserve ;

2° Il n'existe pas encore de traitement étiologique de la dothiénentérie. Celui-ci reste jusqu'à présent symptomatique. La diététique a une importance qni paraît dominer la thérapeutique ;

3° On ne doit lutter contre la température que si celle-ci marche de pair avec des symptômes graves du côté du cœur ou du système nerveux, ou si elle devient par elle-même un danger ponr la vie ;

4° Donc, pas de méthode systématique de traitement. Les bains froids eux-mêmes ne sont qu'un énergique corroborant dont l'emploi est indiqué quand les autres moyens sont insuffisants.

Das Regimen bei der Gicht, par Wilhelm Ebstein. — Une hrochure in-8 de 105 pages. J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Petit *vade-mecum* où sont successivement envisagées toutes

les questions qui intéressent l'hygiène des goutteux et des prédisposés à la goutte, depuis l'alimentation et en particulier l'usage des corps gras, les acides végétaux, les légumes, l'eau, l'alcool, etc., jusqu'à l'habitation, les bains, l'habillement, le travail intellectuel, la climatothérapie. Sans m'associer d'une manière absolue aux indications d'Ebstein, je reconnais néanmoins qu'elles ont un cachet d'originalité qu'on chercherait vainement ailleurs et qu'elles méritent d'être lues, puis expérimentées avec le plus grand soin.

Il n'y a pas de spécifique contre la goutte et il est à craindre que l'espoir de Sydenham ne se réalise jamais, car qui dit spécifique sous-entend une infection ou un poison, et comme la « matière peccante » de la goutte est le fait d'un trouble nutritif, c'est cette nutrition qu'il s'agit d'atteindre et de modifier avant tout, et le régime comme l'hygiène étant les meilleurs moyens d'agir sur cette nutrition, ce sont eux qu'on doit étudier de plus près et mettre sur le premier plan de la thérapeutique. M. Ebstein s'est inspiré de ces considérations, ce qui donne à son travail toute la valeur d'un programme.

Fett oder Kohlenhydrate. Zur Abwehr in der Frage « Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung », par Wilhelm Ebstein. — Une brochure in-8 de 17 pages. J.-F. Bergmann. Wiesbaden, 1885.

Le traitement préconisé par Ebstein contre l'obésité (Voyez Gazette médicale de Paris, 1883) a paru tellement insolite qu'il a soulevé bien des objections. L'auteur répond à celles-ci dans la brochure ci-dessus. Il discute surtout les assertions de Voit qui avait pris son travail à partie dans un mémoire sur la formation et le dépôt de graisse dans l'organisme, paru à Munich en 1883. Ce petit fascicule est donc le complément de la brochure sur le traitement de l'obésité; cette dernière est pour ainsi dire devenue classique en Allemagne, où elle est parvenue à sa sixième édition.

Albert Robin.

FORMULAIRE

Mixture a la cocaïne, pour calmer la toux et les vomissements, dans les cas de pharyngite chronique. (Jahn.)

Rec. Cocaïne. 0,1
Glycérine. . . . . 15 grammes.
Eau distillée. . . . . 35 —
Acide phénique liquéfié. 0,01

M. s. a. — Matin et soir, un badigeonnage sur la partie malade avec un pinceau assez large.

Dans une récente publication, M. Knapp (Centralblatt für pr. Augenheilkunde) a attiré l'attention sur les accidents que peut entraîner l'usage des applications topiques de cette substance. Knapp a injecté 6 gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100 dans la cavité orbitaire d'un malade auquel il s'apprêtait à énucléer l'œil. L'injection avait été faite dans le voisinage de l'incision. Pendant l'opération, la figure du patient était devenue d'une grande pâleur. Une autre fois, il injecta 5 gouttes (*minims*) d'une solution à 3 p. 100 sous un kyste dermoïde de la paupière supérieure. L'anesthésie locale fut complète. Mais pendant l'extirpation de la tumeur, le malade devint d'une lividité cadavérique, sa figure s'était couverte de sueur, et il se plaignait d'une grande faiblesse. Ces manifestations se dissipèrent au bout de quinze minutes.

E. R.

BULLETIN

Le mouvement de la population en France

Suite. — *Voir le numéro précédent.*

Nous avons, pour continuer notre aperçu synthétique de la discussion sur le mouvement de la population en France, à chercher la part respective qui revient aux quatre facteurs de ce mouvement : *natalité, mortalité, immigration, émigration*. Chacun de ces facteurs peut présenter un accroissement ou une diminution qui font varier nécessairement leurs rapports réciproques, par suite le résultat final, et dont il importe de déterminer les causes pour en combattre les effets.

Natalité. — La natalité a diminué en France, et elle est inférieure à celle des autres pays : ce double fait est hors de toute contestation.

D'après les études statistiques de Bertillon, le nombre des naissances par 1,000 habitants, pour chacune des sept périodes décennales qui se sont succédé de 1801 à 1871, a suivi en France la progression décroissante que traduisent les chiffres suivants : 39,2 — 31,7 — 30,6 — 28,7 — 27,3 — 26,1 — 26,3.

Une progression en sens inverse est offerte par les autres pays. En Angleterre, depuis 1840, la natalité a été successivement de 32,6 — 34,1 — 35; en Prusse, elle est représentée par les chiffres 37,7 — 37,6 — 38,1; en Hollande, par les chiffres 34,7 — 35 — 35,5.

Si l'on représente par 100 le coefficient de la natalité en France, il est 132 pour l'Angleterre, 144,5 pour la Prusse, 152 pour la Bavière. Un seul pays se rapproche de nous, mais nous est encore supérieur, c'est l'Irlande, dont le coefficient est 104.

Les causes de cette diminution de la natalité sont complexes, et les auteurs qui ont cherché à les déterminer ont pu se donner libre carrière. Mais parmi ces causes, les unes sont en quelque sorte primordiales, les autres accessoires ou simplement adjuvantes : il importe de distinguer les premières des secondes.

On a invoqué tour à tour l'infécondité ethnique ou pathologique, celle-ci pouvant résulter du degré de civilisation (Hardy), du mode d'éducation de la femme (Rochard), de l'épuisement ou des maladies antérieures du mari ; l'infécondité volontaire ; la diminution de la foi religieuse ; les infanticides déguisés qui, dans une certaine classe, se sont accrus depuis la suppression des tours (Lunier); les entraves aux mariages précoces, entre autres les exigences du recrutement (Le Fort); l'interdiction de la recherche de la paternité ayant pour conséquence un accroissement du nombre des filles-mères et des prostituées; l'immigration urbaine (Lagneau); l'émigration, etc. Beaucoup de ces causes s'enchaînent et rentrent les unes dans les autres. On peut les grouper toutes sous trois chefs principaux suivant qu'elles agissent : 1° pour diminuer la nuptialité, ou rapport des mariages à la population ; 2° pour produire l'infécondité réelle ; 3° pour amener l'infécondité volontaire. C'est l'ordre dans lequel nous allons les passer rapidement en revue.

1° *Causes agissant sur la nuptialité.* — Le célibat militaire, le célibat religieux, les formalités exigées pour contracter

mariage et qui pèseraient assez lourdement, paraît-il, sur certaines classes de la population, l'immigration des ruraux dans les villes, l'émigration de la France à l'étranger, etc., ont été accusés de restreindre le nombre des mariages et par suite de diminuer la natalité.

Il importe tout d'abord de remarquer que la nuptialité n'est pas toujours en rapport avec la natalité : celle-ci dépend surtout de la fécondité des mariages. C'est ainsi que Bertillon, tout en faisant ressortir, par les chiffres reproduits plus haut, la diminution de la natalité en France, a signalé en même temps une augmentation plutôt qu'une diminution de la nuptialité. Les causes du premier groupe n'exercent donc qu'une influence contestable, en tout cas accessoire sur la diminution de notre population. Cette action, pour quelques-unes d'entre elles, comme le célibat religieux, le célibat militaire, est encore fortement atténuée aujourd'hui par les effets des lois et des institutions nouvelles ; quant à celle de l'émigration à l'étranger, elle est largement compensée, sous ce rapport, par l'influence contraire de l'immigration. On sait d'ailleurs que, même dans les pays où pareille compensation n'a pas lieu, l'émigration a plutôt pour conséquence d'accroître que de diminuer la natalité dont l'excédant est appelé à combler les vides ; nous en verrons plus loin un exemple dans notre propre pays.

2° *Causes produisant l'infécondité réelle.* — La fécondité, suivant M. Hardy, serait en raison inverse de la civilisation ; aussi notre race serait-elle moins féconde que celle des autres pays. Cette sorte d'infécondité ethnique dont nous serions frappés et qui, en définitive, malgré le décor brillant dont on chercherait à l'envelopper, serait une marque de déchéance, reste, il va sans dire, à démontrer. Mais s'il est permis de penser que, toutes choses égales d'ailleurs, notre race est aussi puissante, aussi prolifique que la race anglo-saxonne ou que les races germaniques, il est possible que nos mœurs, nos institutions, rendent plus fréquents chez nous les cas d'infécondité acquise. Nous signalerons, entre autres circonstances de ce genre, l'éducation de la femme, sur laquelle M. Rochard a appelé l'attention, le célibat prolongé des hommes qui, d'un côté, contribue à accroître la proportion des prostituées, c'est-à-dire de femmes pour la plupart inféconde, et, d'un autre côté, expose durant de longues années les jeunes gens à épuiser de bonne heure leur force virile, soit dans les excès, soit en contractant telle maladie qui en attaque la source même. Il y a sous ce rapport à entreprendre, entre les divers autres pays et le nôtre, une étude comparative du plus haut intérêt.

3° *Causes qui amènent l'infécondité volontaire.* — Nous touchons ici aux causes véritablement actives de la diminution de notre natalité.

Dans les unions illégitimes, la peur de la honte et des complications qu'entraînerait une grossesse, la crainte de l'abandon et de la misère qui en est la conséquence, poussent à ces pratiques que M. Lunier a qualifiées assez justement d'*avortements préventifs*, d'*infanticides déguisés*. Tout ce qui est propre à favoriser et à multiplier les unions illégitimes, et l'interdiction de la recherche de la paternité est dans ce cas, contribue donc à la diminution de la natalité.

Dans les unions légitimes, d'autres considérations amènent les mêmes résultats. Si la doctrine de Malthus est mal interprétée, elle est du moins, dans les applications pratiques qu'on en a déduites, fidèlement observée, et ce qu'on appelle par enphémisme la *restriction volontaire*, vient simplement remplacer la *contrainte morale*, base de la continence recommandée par l'économiste anglais.

D'une manière générale, on peut poser comme loi, avec Bertillon, que « la natalité tend à se proportionner à la quantité de travail productif facilement disponible », on, avec M. Lagneau, ce qui est la même idée exprimée en d'autres termes, que « la natalité s'accroît proportionnellement au nombre des carrières on professions permettant aux enfants de conserver une position au moins égale à celle de leurs parents. » C'est ainsi, par exemple, que 100 familles vivant de leurs revenus ou des produits d'une profession libérale, se composent en moyenne de 174 à 180 individus, tandis que, dans l'industrie ou le commerce, 100 familles de patrons comprennent de 273 à 358 personnes. De même 100 familles d'ouvriers industriels comprennent 186 individus, et 100 familles agricoles embrassent 240 membres. La natalité croît on décroît ainsi en raison inverse de l'aisance des familles, et, de fait, les départements les plus riches sont ceux qui se dépeuplent le plus rapidement. C'est là une conséquence de la loi de succession qui nous régit et qui établit le partage égal de l'héritage paternel entre tous les enfants. Le chef de famille, devant la perspective du morcellement de ses biens et de l'appauvrissement consécutif de chacun de ses enfants, préfère limiter le nombre de ces derniers. Dans certains pays, comme en Bretagne, où l'on a conservé les traditions religieuses, le respect des prescriptions de l'église contrebalance dans une certaine mesure les effets de ce calcul. Ailleurs, comme en Normandie, où l'indifférence, sinon le scepticisme, coïncide avec la prévoyance et l'amour du bien-être, la *restriction volontaire* est d'application courante, et la natalité décroît.

De toutes les causes que nous venons d'examiner, cette dernière est de beaucoup la plus puissante et la plus efficace. Partout où le droit d'aînesse existe encore, où, du moins, le père peut disposer de la totalité de ses biens en faveur d'un de ses enfants, les familles sont restées nombreuses. Nous en trouvons une nouvelle preuve sans sortir de nos frontières. Dans le pays basque, les vieilles traditions, malgré les prescriptions du Code civil, qu'on a appris à éluder, ont été conservées. M. Etcheverry, prenant pour type un village de ce pays peuplé de 944 habitants, nous montre, dans un article fort intéressant de la RÉFORME SOCIALE, la persistance des anciennes coutumes et les conséquences qui en résultent au point de vue qui nous occupe.

« La famille-souche, dit-il, est de règle dans notre pays. Le domaine passe intégralement à un seul enfant, qui se marie dans la maison et s'associe à ses parents en attendant de leur succéder. Les autres enfants sont désintéressés en argent et se marient dans le voisinage ou émigrent au loin. Quelques-uns restent célibataires et demeurent en qualité de serviteurs, et ce sont les meilleurs, dans la maison natale.

« La transmission intégrale serait aisée si, en dehors de l'héritier, il n'y avait qu'un ou deux enfants au plus à désintéresser. Mais, dans notre commune, rien n'indique qu'on veuille encore recourir à la stérilité systématique pour la faciliter. Il semble, au contraire, que la natalité soit en progrès ces dernières années. De 1856 à 1865, pour 58 mariages réalisés, il y avait eu 215 naissances légitimes. De 1873 à 1882, la population ayant diminué de 200 habitants et le nombre des mariages étant tombé à 51, il y a eu 229 naissances. Les enfants de 0 à 15 ans représentaient, en 1861, 34,05 p. 100 de la po-

pulation totale ; en 1881, ils représentaient 38,77 p. 100, proportion supérieure à celle de la Suède et de l'Angleterre (36 p. 100), à celle de l'Allemagne (34 p. 100) et surtout à celle de la France (26,74 p. 100). Si l'on considère les familles des moyens propriétaires séparément des autres, on constate que plus de la moitié ont 5 et 6 enfants. »

D'après l'auteur, les chiffres des deux dénombrements de 1861 et 1881 donnent les résultats suivants :

	1861	1881
Individus de 0 à 15 ans. . . .	356	366
— de 15 à 60 ans. . . .	582	442
— au-dessus de 60 ans.	125	136
	1,063	944

Le chiffre des individus de 15 à 60 ans est seul en diminution par suite de l'émigration.

On voit, par cet exemple, qu'en France comme en Angleterre, en Allemagne, etc., la loi ou la coutume qui permet la transmission intégrale des biens à un seul des enfants, a, comme double conséquence, une natalité considérable et un mouvement d'émigration propre à servir de contre-poids à l'excédant des naissances. On ne saurait donc soutenir, pour expliquer la diminution de notre natalité, une infécondité ethnique ou pathologique que rien ne prouve; on ne saurait pas davantage se préoccuper du cas où le chiffre des naissances augmenterait, sous prétexte qu'il engendrerait la misère par suite de notre inaptitude à coloniser et de notre peu de tendance à émigrer; la même cause engendre chez nous les mêmes effets que chez nos voisins, et il faut simplement reconnaître que la loi de partage entre les enfants, excellente au point de vue de la justice et du principe d'égalité, a des conséquences fâcheuses au point de vue de la natalité.

D^r F. de Ranse.

(A suivre.)

NOTES & INFORMATIONS

Le secret professionnel. — La neuvième chambre correctionnelle vient de rendre son jugement dans l'affaire, dont nous avons parlé récemment, du docteur W..., poursuivi sous la prévention de révélation du secret professionnel. Le docteur W... a été condamné à 100 francs d'amende, et le gérant du Matin à 16 francs, comme complice.

Le tribunal a posé en principe que, pour qu'il y ait délit en matière de révélation du secret professionnel, il n'est pas nécessaire qu'il y ait eu, de la part du prévenu, intention de nuire. Le délit existe alors même que le secret a été révélé dans un but louable.

Les considérants du jugement rendent d'ailleurs hommage à la parfaite honorabilité du docteur W..., en faveur duquel le tribunal a admis l'existence de circonstances largement atténuantes.

Il ne nous déplaît pas, au point de vue général, de voir ainsi un tribunal consacrer une fois de plus les obligations du secret professionnel, et le jugement de la neuvième chambre pourra être invoqué à bon droit dans une foule de circonstances où le médecin se trouve placé entre ces obligations et certaines exigences de l'autorité judiciaire ou administrative.

— Conférences de clinique médicale. — M. le docteur Duguet, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, a commencé le jeudi 5 mars, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, ses conférences de clinique, qu'il continuera les jeudis suivants à la même heure.

L'empressement avec lequel les élèves étaient venus se grouper autour du maître, l'attention et la composition de l'auditoire, dans lequel on remarquait un grand nombre d'anciens internes, montrent combien les intéressantes leçons de M. Duguet sont recherchées non seulement des étudiants mais encore des jeunes docteurs qui préparent les laborieux concours du Bureau central.

M. Duguet avait pris, comme sujet de sa première conférence, la gangrène du poumon : il s'agissait d'un malade entré récemment dans son service avec tous les symptômes d'une gangrène pulmonaire accompagnée d'hémoptysies. Cependant il était impossible, malgré plusieurs examens minutieux, de rattacher cette lésion à une cause quelconque ; et après avoir vainement passé en revue les différentes affections capables d'être le point de départ de la gangrène pulmonaire, M. Duguet n'avait pu se prononcer sur ce point de semiologie.

Le malade mourut : à l'autopsie on trouva que la gangrène avait été provoquée par un anévrysme de l'artère pulmonaire, de la grosseur d'un gros pois, qui avait comprimé une branche de l'artère bronchique. L'origine de cet anévrysme ne pouvait pas non plus s'expliquer par les antécédents du malade qui n'était atteint d'aucune affection susceptible d'entraîner une lésion de cette nature, telle que syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.

M. Duguet dut s'arrêter à l'hypothèse suivante : « anévrysme spontané de l'artère pulmonaire. » La pièce anatomique soigneusement préparée permettait de comprendre le processus de cette gangrène.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Questions mises a l'ordre du jour

I. — Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

M. Cauchois (le docteur) à Rouen. — Tableau comparatif de statistique comparée des érysipèles et des infections purulentes observées en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Rouen avant et après l'adoption des pansements antiseptiques (années 1864-65 et 1873-74 d'une part et 1883-84 d'autre part).

M. Jeannel (le docteur) à Toulouse. — Discussion.

MM. Jeannel et Laulanié, de Toulouse. — Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathologie de la septicémie.

M. Socin (le docteur A.), de Bâle. — Discussion.

M. Verneuil (le professeur), de Paris. — Discussion.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

M. Redard (le docteur). — Sur la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales.

M. Verneuil (le professeur), de Paris. — Discussion.

III. — Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

M. Audet (le docteur), médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr. — Des pansements en campagne.

M. Chauvel (le professeur), de Paris. — Discussion.

M. Chenieu (le docteur), à Limoges. — Sur les pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. — Cure des abcès froids.

M. Cazin (le docteur), de Berck-sur-Mer. — Sur le traitement des abcès froids par l'incision.

M. Houzel (le docteur), à Boulogne-sur-Mer. — Sur un nouveau mode de drainage employé dans les abcès froids.

M. Pozzi (le docteur S.), de Paris. — Discussion.

M. Reverdin (le professeur Jacques-L.), à Genève. — Sur un nouveau procédé de résection tibio-tarsienne.

M. Socin (le professeur A.), à Bâle. — Discussion.

M. Trélat (le professeur U.), de Paris. — Discussion.

V. — Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

M. Bouilly (le docteur), de Paris. — Discussion.

M. Demons (le docteur), à Bordeaux. — Discussion.

M. Madnoury (le docteur), à Chartres. — Indications opératoires dans le déchirement traumatique du rein.

M. Pozzi (le docteur S.), de Paris. — Discussion.

QUESTIONS DIVERSES.

M. Badal (le docteur), à Bordeaux. — Arrachement du nasal externe.

M. Bœckel (le professeur), à Strasbourg. — Sur la cholécystomie appliquée au traitement des calculs biliaires.

— De la résection de la hanche.

M. Cauvy (le docteur), à Béziers. — Des indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

M. Cerné (le docteur), à Rouen. — De la résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs en voie de croissance, avec suppuration de l'articulation voisine.

M. Chenieu (le docteur), à Limoges. — Sur l'origine et la nature de la coxalgie.

M. Déjace (le docteur L.), de Flémalle-Grande (Belgique). — Des pansements secs et durables.

M. Demons (le docteur), à Bordeaux. — La trépanation.

— Sur l'ostéotomie et l'ostéoclasie dans le traitement du « genu valgum »

M. Denucé (le docteur), à Bordeaux. — De l'amputation de la langue par la méthode sus-hyoïdienne dans les cas d'épithéliome.

M. Duménil (le docteur), de Rouen. — Sur la colotomie.

M. Duplouy (le professeur), de Rochefort-sur-Mer. — Etude de la coxalgie et du traitement du pédicule dans l'ovariotomie.

M. Faguen (le docteur Eugène), de Gaillac (Tarn). — Quelques considérations sur le bec-de-lièvre.

— Granulations douloureuses du canal de l'urèthre chez la femme.

M. Folet (le professeur H.), de Lille. — Colotomie lombaire et cæcotomie dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin.

M. Gangolphe (le docteur M.), de Lyon. — Localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire.

M. Guerlain (le docteur), de Boulogne-sur-Mer. — Malade guéri d'un cancroïde de la lèvre inférieure par les applications antiseptiques.

M. Guichard (le docteur A.), à Angers. — Kyste dermoïde du ligament large gauche. — Incision par le vagin. — Guérison (pièces).

M. Humbert (le docteur), à Paris. — De la virulence des bubons consécutifs du chancre simple.

M. Koberlé (le professeur), à Strasbourg. — Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et dans l'hystérotomie.

— Du traitement des tumeurs incluses dans le ligament large.

M. Leriche (le docteur) à Mâcon. — Sur l'emploi de l'aspirateur dans les coxalgies suppurées.

M Martel (le docteur), à Saint-Malo. — Observation d'anévrysme brachio-céphalique. — Réflexions sur les signes de l'anévrysme.

— La ligature des artères. — Ligature graduelle et temporaire.

M. Mollière (le docteur Daniel), à Lyon. — Indication de la trépanation du crâne.

M. Nepveu (le docteur G.), de Paris. — Pathogénie des abcès fétides.

M. Notta (le docteur), à Pau. — Traitement de l'hypertrophie de la glande thyroïde par les injections interstitielles de teinture d'iode.

M. Panas (le docteur), à Paris. — Etude anatomo-pathologique et clinique des tumeurs qui naissent au pourtour de la cornée.

— Considérations sur le choix des procédés dans l'opération de la cataracte par extraction.

MM. Paquelin et de Place (les docteurs), de Paris. — Nouveau cautère vétérinaire.

M. Poulet (le docteur), à Paris. — Etiologie et nature de la coxalgie.

— Sur l'emploi de la percussion et du diapason dans le diagnostic des fractures du crâne.

— Altérations osseuses et articulaires du choléra.

— Des troubles de nutrition des os et des articulations d'origine nerveuse dans les tumeurs blanches et les ostéites chroniques.

M. Pozzi (le docteur S.), de Paris. — Note sur l'ostéite déformante ou pseudo-rachitisme sénile.

M. Richelot (le docteur G.), à Paris. — Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule.

M. Rouyer (le docteur J.), à Laigle (Orne). — Sur l'emploi d'une solution de nitrate d'argent forte dans diverses affections, et particulièrement dans les cas d'érysipèles traumatiques.

M. Segond (le docteur Paul), à Paris. — Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. — Guérison.

M. Tedenat (le docteur), à Montpellier. — Tubercule du gland. — Tuberculisation consécutive des ganglions de l'aîne.

— Phtisie pulmonaire

— Gangrène gazeuse localisée chez un glycosurique.

— Reproduction des accidents chez le rat albinos.

M. Thiriar (le docteur J.), de Bruxelles. — Sur l'intervention chirurgicale dans le cas de lithiase biliaire.

M. Thomas (le docteur), de Tours. — De la résection de la tête de l'humérus dans les luxations irréductibles de l'épaule.

M. Tilanus (le professeur), d'Amsterdam. — Résultats de diverses méthodes de traitement de la rotule.

M. Tripier (le docteur L.), à Lyon. — Deux cas de névrite traumatique dans lesquels la transmission de la douleur se faisait par les nerfs collatéraux intacts.

M. Verchère (le docteur), à Paris. — Contribution à l'étude de la prophylaxie dans les maladies osseuses.

M. Viard (le docteur), à Montbard. — Note pouvant servir à l'histoire des non consolidations des fractures et des pseudarthroses qui en sont souvent la conséquence.

R. F. D.

NOUVELLES

Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 6 mars courant, a adopté une proposition de M. Robinet, invitant M. le directeur de l'Assistance publique « à admettre, comme par le passé, tous les étudiants en médecine au concours de l'internat sans distinction de nationalité ».

Dans cette même séance, le projet de vœu suivant, déposé par M. Levraud : « Le Conseil émet le vœu que la qualité de Français soit exigée des concurrents au Bureau central des hôpitaux et au prosectorat », a été adopté.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 4 mars 1885, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Dujardin-Beaumetz.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe Dardignac.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES A L'HÔTEL-DIEU. — M. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses *leçons de clinique des maladies des femmes*, le mardi 17 mars 1885.

Tous les jours exercices cliniques, salle Sainte-Marie.

Le jeudi consultation avec examen au spéculum.

Le mardi et le samedi, leçon dans l'amphithéâtre Desault.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 FÉVRIER AU SAMEDI 7 MARS 1885.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 5. — Rougeole 22. — Scarlatine 6. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 46. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aigué) 63. — Phthisie pulmonaire 208. — Autres tuberculoses 32. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 67. — Bronchite aiguë 41. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 44. — au sein et mixte 16 — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 106. — de l'appareil circulatoire 67. — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 3. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 29. — Total de la semaine : 1,113 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Transactions of the Academy of medicine in Ireland, volume II, edited by William Thomson, M. A. F. R. C. S., general secretary surgeon to the Richmond-Hospital, Dublin. Un vol. in-8 de 800 p., avec de nombreuses figures dans le texte et des planches chromolithographiques hors texte. — Fannin and Company, Grafton-street, à Dublin (Irlande).

Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques, par le docteur J. Estradère. Un volume in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Contribucion al estudio de la fiebre puerperal, par el doctor Juan R. Fernandez, 1 volume broché de 475 pages. — J.-Y. Ferrer, bibliotheca de Europa y America, 71, rue de Rennes, Paris.

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par le docteur Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. Un volume in 4 avec 50 planches de grandeur naturelle. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 12 21 MARS 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

NEUROPATHOLOGIE

L'IMAGE HALLUCINATOIRE ET L'IMAGE RÉELLE, par MM. BERNHEIM et CHARPENTIER, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Pour confirmer et contrôler cette conclusion, nous avons fait les expériences suivantes :

Nous suggérons à nos sujets endormis qu'ils verront à leur réveil un objet, par exemple une lumière placée à 1 ou 2 mètres devant eux.

Réveillés, ils voient la lumière. Nous plaçons alors devant leurs yeux un cylindre contenant un prisme bi-réfringent qui doit dédoubler les objets ; or, la *plupart* ne voient pas que la lumière est dédoublée.

Si alors on les fait regarder à travers le prisme une lumière *réelle*, ils la voient double. Une fois qu'ils savent que le prisme a la propriété de dédoubler les objets, ils voient aussi ce même dédoublement se produire pour l'image suggérée. Nous avons dit la *plupart*, car une de nos somnambules, Rose (sur quatre soumises d'abord à cette expérience), reconnut d'emblée le dédoublement de l'image, sans paraître avoir connu préalablement la propriété du prisme. Nous n'avons pas tardé à découvrir, et la suite de ces expériences l'établira, que certains sujets reconnaissent le dédoublement de l'image en le déduisant physiquement du dédoublement des objets réels qui traversent le champ du prisme.

Continuons le récit de nos expériences.

Suivant qu'on tourne le cylindre contenant le prisme dans un sens ou dans un autre, les deux objets *réels* dédoublés sont vus l'un à côté de l'autre sur une même ligne horizontale ou au contraire l'un au-dessus de l'autre sur une même ligne verticale. Nous marquons par des points de repère la situation du cylindre correspondant à la juxtaposition horizontale ou verticale des deux images.

Cela posé, nous plaçons devant le sujet à une certaine distance un objet quelconque, par exemple un flacon, que nous le faisons regarder à travers le prisme ; il le voit double : nous le prions de tourner le cylindre de façon que les deux flacons soient l'un à côté de l'autre, puis de façon qu'ils soient superposés : ses indications sont conformes aux points de repère ; il connaît maintenant le maniement du prisme et se rend bien compte de ce qu'il voit.

Alors nous l'endormons, et pendant son sommeil nous enlevons le flacon en lui suggérant qu'à son réveil, il le verra toujours à la même place. Réveillé, il voit en effet le flacon fictif ; à travers le prisme, il le voit double. Nous lui disons de tourner le prisme de façon à les juxtaposer horizontalement, puis verticalement : ses indications sont alors purement imaginaires et ne correspondent plus aux points de repère.

Chaque fois que, à son insu, nous remplaçons le flacon fictif par un flacon réel, le sujet, qui croit toujours voir le même flacon, donne des indications exactes, conformes aux points de repère ; chaque fois qu'on remplace la réalité par l'image suggérée, ces indications redeviennent imaginaires.

FEUILLETON

LA LIBERTÉ D'ASSOCIATION ET LES SYNDICATS PROFESSIONNELS MÉDICAUX.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Devant la Chambre des députés, à la séance du 15 mars 1881, M. Allain-Targé, rapporteur de la commission, s'exprimait ainsi : « On s'étonne que, même aux heures de réaction, au moment où le parlement votait la loi de 1834, une exception n'ait point été faite en faveur des associations professionnelles et qu'elles soient restées enveloppées dans les proscriptions qui visaient les réunions et les sociétés politiques, secrètes ou publiques.

« L'association est une liberté si nécessaire à l'industrie, au commerce et au *travail*, que les lois faites à son préjudice ont été violées dans tous les temps et souvent avec impunité. . . . .

« L'obligation, pour tous les associés, de faire partie de la même profession ou d'une profession similaire, est la plus importante garantie prise par le législateur, pour que les avantages de la personnalité civile ne soient point usurpés par des personnes absolument étrangères aux intérêts professionnels et qui transformeraient l'association en société politique ou religieuse, ce qui serait d'ailleurs au grand préjudice des tentatives corporatives. »

M. Marcel Barthe, dans son rapport supplémentaire fait à la séance du Sénat du 20 juillet 1882, tenait un semblable langage : « Tout le monde est d'accord pour reconnaître que les syndicats professionnels ne doivent pas s'occuper de politique. La commission s'est demandé si, pour donner satisfaction à cette pensée, il ne conviendrait pas d'ajouter : « il leur est interdit de traiter au- « cune question politique. » La majorité est d'avis que cette addition serait superflue, après l'introduction qui a été faite, dans le texte, du mot « exclusivement. » Toutefois, afin que les mots « in- « térêts généraux » ne puissent pas servir à des discussions étrangères aux questions professionnelles, on a pensé qu'il fallait les supprimer. (En conséquence), la commission a adopté la rédaction suivante : Les syndicats professionnels ont exclusivement pour

Cependant il arrive que quelques sujets finissent, après un certain temps d'expérience, par donner des renseignements exacts qu'ils déduisent du dédoublement dans le sens vertical ou horizontal des objets réels vus à travers le prisme.

Pour éviter cette cause d'erreur, nous avons suggéré sur un mur totalement blanc, sans objet intermédiaire, la vue d'une lettre ou d'un numéro; le sujet le voit simple avec ses yeux, double à travers le prisme, s'il sait que le prisme dédouble; les deux images sont juxtaposées ou superposées; mais jamais les indications, sur quatre sujets soumis d'abord à cette expérimentation, n'ont été conformes à celles que fournirait un objet réel : le dédoublement se fait au hasard, contrairement à toutes les règles, dans le seul sens suggéré par l'imagination.

Toutefois cette manière d'opérer ne suffit pas encore pour exclure toute erreur. Afin d'acquérir une conviction parfaite, il faut répéter et varier les expériences; il faut se mettre en garde contre tout.

Nous avons pris deux cylindres d'apparence semblable : l'un contenant un prisme bi-réfringent, l'autre un verre simple. Après avoir suggéré à une de nos somnambules placée devant un mur blanc qu'elle y verrait à son réveil le numéro 6, nous la réveillâmes; elle vit ce numéro; nous lui fîmes regarder ce numéro alternativement à travers les deux cylindres, sans qu'elle sût l'effet de chacun de ces cylindres; or elle reconnut chaque fois celui qui dédoublait et devina même assez souvent la direction horizontale ou verticale du dédoublement.

Quatre autres somnambules donnèrent des indications imaginaires. La première, soumise à la même épreuve à un autre moment de la journée, ne vit plus rien de conforme aux lois de l'optique.

On pouvait se demander, d'après cela, s'il n'y aurait pas là deux choses différentes : tantôt le dédoublement de l'objet se ferait dans l'imagination seule de la personne, variant suivant ses caprices; l'effet du prisme serait couvert pour ainsi dire par les yeux de l'imagination; d'autres fois, au contraire, elle verrait *réellement* l'image suggérée, simple ou double, telle que la lunette ferait d'un véritable objet, l'effet du *prisme* dominant et ne laissant pas l'imagination s'égarer dans une suggestion trompeuse.

Le fait suivant pouvait aussi donner quelque appoint à cette hypothèse : Nous avons emboîté l'un dans l'autre deux cylindres contenant chacun un prisme bi-réfringent; en faisant tourner les deux cylindres l'un autour de l'autre, on juxtapose les prismes de telle façon que l'objet est vu double, ou de telle façon qu'il est vu quadruple, sans que rien dans l'aspect extérieur de l'instrument puisse faire reconnaître si l'image est doublée ou quadruplée. Or la première somnambule à laquelle nous avons fait regarder ainsi le chiffre 6 suggéré sur un mur blanc à travers cette lunette (disposée de façon à quadrupler, sans qu'elle sût d'avance que la lunette pût quadrupler), reconnut d'emblée quatre images; puis la lunette étant disposée pour le dédoublement, elle reconnut qu'il y avait seulement deux images.

Cette indication pourrait frapper un observateur superficiel; il nous a paru cependant évident que les images n'étaient pas réelles, mais suggérées par quelque point de repère, car la somnambule plaçait toujours les quatre images horizontalement en droite ligne l'une à côté de l'autre, tandis qu'elles devaient être superposées par deux.

Pour exclure tout point de repère, nous avons placé cette somnambule en plein air, et, l'ayant endormie, nous lui avons suggéré qu'elle verrait très élevé dans l'air un ballon à son réveil. Le ciel était bleu, sans nuages; elle vit le ballon. Nous le lui fîmes regarder alternativement à travers les deux lunettes dont l'une seule dédoublait. Une autre somnambule a été soumise à la même expérience, et nous avons pu nous convaincre que chaque fois qu'elles dirigeaient d'emblée le prisme sur le ballon, elles donnaient des indications fausses; celles-ci ne devenaient exactes que lorsqu'elles trouvaient une cheminée, un toit, un objet quelconque pouvant servir de point de repère.

Car, il importe de le savoir, les somnambules déploient quelquefois (pas toujours!) une sagacité étonnante pour élucider le problème qui leur est posé; ils ont la volonté de le résoudre, s'évertuent à le faire, et, toute leur attention concentrée sur la question, consciemment ou inconsciemment, ils trouvent dans le moindre indice, dans une crevasse au mur, dans une raie imperceptible, un point de repère qui, subissant l'effet du prisme, leur suggère le même effet pour l'image subjective. Une fois qu'ils ont trouvé ce point de repère, ou qu'ils ont reconnu entre la lunette à verre simple et la lunette à prisme une différence de poids, de dimension ou d'éclat, ils ne se trompent plus; ils trompent de bonne foi.

---

objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels et commerciaux. »

Cette dernière rédaction est exactement celle de l'article 3 actuel, sauf l'addition ultérieure du mot « agricole. » Quant aux expressions « intérêts généraux », auxquelles fait allusion le rapporteur, elles figuraient dans le projet de loi adopté par la Chambre des députés et ensuite par le Sénat, en première délibération, avec cette rédaction : « Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude des intérêts économiques, industriels et commerciaux *communs à tous leurs membres et des intérêts généraux de leurs professions et métiers.* » Il résulte du rapport de M. Barthe que la suppression de ce dernier membre de phrase et l'addition de l'adverbe « exclusivement » n'ont eu d'autre but que de restreindre l'objet des syndicats à la discussion de leurs intérêts professionnels, et nullement de limiter le bénéfice de la loi à certaines catégories de professions.

Et, à propos des *Unions* ou fédérations, même entre syndicats de professions ou métiers différents, autorisées par l'article 5, l'honorable rapporteur complète ainsi sa pensée : « Ce que l'on craint, ce sont les fédérations..... L'adverbe « exclusivement » ne se trouvant pas à l'article 5 du projet de la commission, il ne serait pas superflu d'y introduire une interdiction formelle, afin que les unions de syndicats ne puissent pas dégénérer en associations politiques. La question de savoir si la commission proposera d'ajouter à l'article 5 une disposition interdisant aux unions de traiter aucune question politique a été repoussée, par ce seul motif qu'il résulte clairement de l'ensemble de la loi que ces questions sont interdites aux unions des syndicats, comme aux syndicats eux-mêmes.

« Si une loi générale sur les associations, accordant à tous la liberté de former des associations politiques, venait à être votée par les chambres, rien n'empêcherait certainement les membres d'un syndicat professionnel de faire partie, en leur qualité de citoyens, d'une association politique. Mais, malgré le vote de cette loi générale, les syndicats professionnels n'en demeureraient pas moins des institutions spéciales d'où les discussions politiques seront exclues. »

Lorsque le projet adopté par le Sénat revint à la Chambre des députés, M. Lagrange, le nouveau rapporteur, s'est exprimé ainsi à la séance du 6 mars 1883 : « Quant à la loi générale sur les as-

Pour déjouer toute surprise des sens et exclure absolument tout point de repère pouvant guider l'imagination, nous avons procédé de la façon suivante : nous avons introduit deux sujets dans une chambre noire et, les ayant endormis, nous leur avons suggéré qu'ils verraient à leur réveil une bougie allumée sur la cheminée. Ils la virent en effet très nettement. Nous les invitâmes alors à regarder cette bougie fictive à travers la lunette aux deux prismes que nous mîmes alternativement dans la position du dédoublement ou du quadruplement. L'expérience fut répétée au moins une vingtaine de fois sur chaque sujet ; nous avons vérifié préalablement avec une bougie réelle que les choses étaient nettes et qu'il n'y avait pas moyen de s'y tromper. Dans ces conditions, leurs indications étaient erronées, et il fut de toute évidence que là où leurs yeux ne pouvaient se fixer sur aucun point de repère, ils voyaient l'image simple, double, triple ou quadruple, au seul gré de leur *auto-suggestion*.

Relatons encore comme concluantes les expériences suivantes :

A Mme G..., nous suggérons pendant son sommeil qu'elle verra sur son drap de lit blanc (qui ne contient aucun objet), un pain à cacheter rouge, et en même temps suspendue au pied de son lit une orange. A son réveil, elle voit les deux objets. Si elle regarde le pain à cacheter à travers la lunette aux deux prismes, elle le voit au hasard simple, double, triple ou quadruple, jamais conformément à ce que ferait pour un objet réel la situation des prismes. Regarde-t-elle au contraire l'orange imaginaire suspendue au lit à travers la lunette, elle ne se trompe plus ; ses indications concordent avec la disposition optique de la lunette ! Pourquoi cette différence ? Parce que, dans le premier cas, elle ne voit sur son drap de lit blanc aucun point de repère, tandis que, regardant l'orange, son imagination est éclairée par les objets environnants réels que la lunette dédouble ou quadruple, et alors l'image fictive suit logiquement et à l'insu du sujet l'exemple de l'image réelle.

Si nous faisons voir d'abord l'orange quadruplée à travers le prisme (conformément à la disposition de la lunette) et qu'ensuite nous fassions diriger celle-ci sur le pain à cacheter, elle quadruple aussi ce dernier, mais sans jamais donner à ces quatre images la situation respective commandée par les prismes. Si, au contraire, nous l'invitons à regarder d'abord à travers la lunette le pain à cacheter, elle se trompe : elle le voit double, par exemple, au lieu de le voir quadruple ; qu'ensuite elle dirige la lunette du pain à cacheter sur l'orange fictive, celle-ci, grâce aux points de repère contenus dans l'espace, paraîtra quadruple, et cela au grand étonnement de Mme G..., qui est une femme intelligente et se rend très bien compte de ce fait qu'un prisme qui quadruple un objet doit quadrupler tous les autres.

A Mlle X..., une autre de nos somnambules, nous avons fait voir, avant de l'endormir, un morceau de pelure d'orange qu'une personne, M. L..., tenait dans la main au pied de son lit. Puis, l'ayant endormie, nous lui suggérons qu'elle verrait toujours à son réveil le même morceau. Et réveillée, bien que M. L... ne tînt plus rien dans sa main, elle vit toujours la pelure fictive. Alors nous la prions de la regarder à travers la lunette (disposée pour le quadruplement) et nous lui demandons si la lunette (dont elle ne soupçonne pas la propriété) produit un changement. Elle affirme qu'elle voit une orange entière, une seule. Son imagination lui avait évidemment suggéré ce changement. Alors, à son insu, M. L... remet dans sa main la tranche réelle ; Mlle X... la voit très bien, sans lunette, croyant que c'est toujours la même que celle (fictive) vue auparavant. On la fait de nouveau regarder à travers la lunette, et cette fois-ci elle voit nettement quatre tranches de pelure. Cette expérience, répétée plusieurs fois avec elle, réussit toujours ; la tranche de pelure fictive est transformée à travers le prisme, par l'imagination, en orange entière ; la tranche réelle est transformée réellement par le prisme en quatre tranches, conformément aux propriétés du prisme.

Tels sont les faits auxquels nous pourrions en ajouter d'autres ; nous les avons longuement contrôlés. Ils ne nous ont pas laissé le moindre doute dans l'esprit ; ils nous imposent cette conviction, facile d'ailleurs à préjuger, que l'image suggérée est une image fictive, qu'elle ne répond à aucune représentation habituelle dans l'espace. Un prisme ne peut dédoubler que des rayons *réels* placés devant lui et qui le traversent ; il ne peut dédoubler une image vue derrière lui dans le centre sensoriel cérébral. L'image hallucinatoire peut être pour le sujet aussi nette, aussi éclatante, aussi vivante que la réalité même. Mais, née toute entière dans l'imagination du sujet, celui-ci la voit, comme il la conçoit, comme il l'interprète, comme le souvenir conscient ou inconscient la fait re-

---

sociations, la discussion est à peine abordée. Il serait donc injuste d'ajourner indéfiniment, sous ce prétexte, une loi toute spéciale, attendue depuis longtemps, et que tous les intéressés, c'est-à-dire *tous ceux qui travaillent en France*, se sont vus à la veille de posséder..... Votre commission pense qu'il convient de maintenir en tête du projet les dispositions qui abrogent ou rendent inapplicables aux syndicats certains articles de nos lois pénales. *Ainsi se trouve posé le principe de liberté qui domine la loi et la caractérise.....* Après s'être convaincue que la seule pensée du Sénat a été d'éloigner des réunions syndicales toute discussion politique ; après avoir constaté que, sous la forme nouvelle, la loi ne restreint en aucune manière le cercle d'action des associations syndicales, que celles-ci conservent le droit de se livrer à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels et commerciaux communs à tous leurs membres *et des intérêts généraux de leurs professions et métiers*, la commission propose d'adopter la rédaction du Sénat. »

Et, au retour définitif du projet au Sénat, M. Tolain, rapporteur, déclare à la séance du 14 décembre 1883 : « En se reportant en arrière, on comprend très bien les raisons qui déterminèrent le législateur de 1791 à proscrire toute espèce d'association, de concert, d'entente, entre les *citoyens*, ouvriers ou patrons exerçant le même métier..... Mais, depuis un siècle, une véritable révolution économique s'est accomplie..... L'homme n'est plus le maître de débattre, en toute liberté, les conditions de sa fabrication ou le chiffre de son salaire. Aussi les uns et les autres sont-ils invinciblement entraînés à se concerter, à s'unir pour la défense de leurs intérêts communs. Du reste, on n'a jamais pu empêcher, on n'empêchera jamais des hommes exposés aux mêmes dangers, soumis aux mêmes besoins, ayant même intérêt, de chercher à s'entendre, à s'unir, pour s'aider, se protéger, se défendre même, mutuellement, contre les risques de même nature inhérents à la profession qu'ils exercent.

« Les adversaires du droit d'association ont toujours dénoncé ces tentatives de groupement, d'union, si souvent réprimées, mais toujours renaissantes, comme des manifestations de l'esprit de rébellion ou d'indiscipline. C'est une erreur grave. Les hommes qui se concertaient, en opposition avec la loi, obéissaient à des nécessités *économiques*, poussés par la force des choses devant laquelle ont dû reculer les gouvernements même les plus résolus, d'abord

naître dans le sensorium. C'est une image cérébrale, psychique et non physique, qui ne passe pas par l'appareil visuel périphérique, qui n'a pas de réalité objective, qui n'obéit pas aux lois de l'optique, mais aux seuls caprices de l'imagination.

CLINIQUE MÉDICALE

De la dégénérescence calcaire du cœur, par Albert Robin, médecin de l'hospice des Ménages.

On trouve mentionnés dans les vieux recueils de médecine, sous le nom d'os du cœur, des faits assez nombreux, dont la relation ne paraît guère avoir été donnée qu'à titre de curiosité anatomique ou de trouvailles d'autopsie. Plus tard Chomel, Andral, Bouilland, Corvisart, Burns, publièrent des observations plus précises de pétrification ou de calcification du cœur, et Laënnec tenta même de leur constituer une symptomatologie. Puis les auteurs du Compendium essayent une classification, et le silence se fait. A peine le *Bulletin de la Société anatomique* enregistrait-il, à de rares intervalles, des cas de calcification du cœur.

Cependant deux faits nouveaux viennent d'être produits : l'un à Berlin, par Guttmann; l'autre à Paris, par M. Constantin Paul. Et je viens moi-même d'en observer un troisième dans mon service à l'hospice des Ménages.

En voici la relation :

Un vieillard de 85 ans, n'ayant jamais eu dans toute sa vie un seul jour de maladie, vigoureux et remarquablement conservé, entre le 16 janvier à l'infirmerie pour une diarrhée survenue la veille, sans cause appréciable. Son cœur est examiné et l'on n'y remarque rien d'anormal. Les artères étaient très athéromateuses. Trois jours après, il sort guéri et reprend sa vie habituelle.

Le 24 janvier, il se plaint d'étourdissements; le 25, il est pris d'hémiplégie droite sans perte de connaissance; le 29, il succombe.

Pendant ce second séjour à l'infirmerie, on constata que le cœur était sensiblement augmenté de volume, que son impulsion était faible, ses battements très sourds et très irréguliers.

A l'autopsie, on trouva en dehors des lésions cérébrales qui avaient amené la mort (ramollissement protubérantiel), un cœur augmenté de volume et surchargé de graisse, quoique le malade fût remarquablement maigre. Les valvules étaient à peu près saines et fonctionnaient régulièrement. Toute la paroi interventriculaire gauche était occupée par un revêtement uniforme de trois millimètres d'épaisseur, qui se prolongeait jusqu'à la pointe du cœur où existait un caillot très ancien. Les artères coronaires, complètement calcifiées, — et cependant le sujet n'avait jamais présenté le plus léger accès d'angine de poitrine, — ne permettent que l'introduction d'un fin stylet; enfin l'aorte était fortement athéromateuse.

A l'œil nu, le myocarde paraissait atteint de cette altération récemment décrite sous le nom de myocardite scléreuse hypertrophique; il était ferme et très résistant. L'examen histologique en fut pratiqué par M. le docteur Juhel-Renoy, et je détache du mémoire, que nous publierons conjointement sous peu, le paragraphe suivant, que résume cet examen :

1° *Examen des piliers.* — Sclérose diffuse, mais discrète, cantonnée au niveau des artérioles dont la lumière est en partie obstruée par l'endartérite. Tout autour de ces points, fibres musculaires étouffées et remplacées par du tissu fibreux adulte. Ces îlots sont parsemés de granulations fines, réfringentes, solubles, avec effervescence dans l'acide chlorhydrique.

2° *Paroi interventriculaire au niveau de la plaque calcaire* — Endopériartérite oblitérante totale; calcification de la paroi des artérioles; infiltration calcaire de la totalité des couches de l'endocarde.

Cette observation soulève plusieurs questions d'une certaine portée visant la clinique et l'anatomie pathologique.

Cliniquement, la dégénérescence calcaire a-t-elle une symptomatologie et des signes qui peuvent la faire reconnaître ? Si Haller, Renauldin, avaient esquissé une symptomatologie, si Laënnec lui attribuait théoriquement quelques signes stéthoscopiques, tels que la perception des bruits du cœur à distance, il faut avouer cependant que les observations récentes sont surtout remarquables par le caractère latent de la lésion. Ainsi chez mon malade rien n'avait attiré l'attention du côté du cœur; l'examen pratiqué lors de la première entrée à l'infirmerie était resté négatif, alors que certainement existait déjà la grande plaque calcifiée qui doublait l'endocarde. Plus tard, on nota un caractère sourd des bruits du cœur et une grande irrégularité des battements. Certes, on n'inscrira pas ces symptômes au nombre de ceux de la dégénérescence calcaire, puisque douze jours auparavant rien de pareil n'avait été constaté; faisons toutefois une réserve à propos du caractère sourd et comme lointain des bruits du cœur, phénomène

---

en laissant tomber en désuétude la loi de 1791; puis en déclarant, par la loi de 1864, que la coalition n'était plus un délit; enfin en tolérant *les associations professionnelles* et en établissant, avec les syndicats, des relations devenues aujourd'hui presque officielles..... On objecte qu'autoriser l'union des syndicats, c'est risquer de voir la classe ouvrière s'enrôler dans une immense association, obéir passivement à un mot d'ordre et proclamer un jour la grève générale, sur toute la surface du territoire...... C'est là une hypothèse absolument chimérique que rien ne justifie et que les faits démentent. »

Ces paroles de M. Tolain, qui viennent en quelque sorte résumer et clore le débat, démontrent une fois de plus, et à l'évidence, combien générale a été la pensée du législateur. Il déclare que les hommes qui exercent la même profession, poussés par *la force des choses*, ont été *invinciblement* entraînés à se concerter, pour la défense de leurs intérêts communs; qu'on n'a jamais pu empêcher, qu'on n'empêchera jamais les hommes soumis aux mêmes besoins, ayant le même intérêt, de s'entendre, pour s'aider et se défendre mutuellement contre les risques de même nature inhérents à la profession qu'ils exercent. Il ajoute que les hommes amenés à se concerter ainsi, pour leurs intérêts professionnels, obéissent à des *nécessités économiques*, faisant de la sorte connaître lui-même l'acception si large qu'il convient de donner au mot « économique » qui est resté dans l'art. 3 et dans lequel nous avons vu, à juste titre, un synonyme de professionnel. En un mot, l'honorable M. Tolain, au nom de la Commission du Sénat, a considéré comme primordial le droit d'association professionnelle, et il est clair que les raisons qu'il en donne sont applicables à toute espèce de professions ou métiers, sans distinction aucune. Si, dans tout le cours de la discussion, il a été plus spécialement question des patrons et ouvriers, c'est : 1° parce que, là surtout, on croyait voir des dangers pour l'ordre public, au point de vue religieux ou politique, dangers contre lesquels on n'a cessé de chercher à se prémunir; 2° parce que cette classe de citoyens se montrait la plus disposée à profiter de la liberté d'association, car elle possédait déjà, de fait, de nombreux et importants syndicats (1). Ne pas ad-

(1) Dès avant la loi nouvelle, 138 associations de patrons, avec 15,000 adhérents; 150 chambres syndicales d'ouvriers, avec 60,000 adhérents environ, sur 300,000, à Paris, et 350 associations d'ou-

qui aurait pu passer inaperçu lors du premier examen. Mais avouons aussi que c'est là trop peu pour édifier une symptomatologie.

Donc la dégénérescence calcaire du cœur, silencieuse par elle-même, ne parlera que si elle touche directement un appareil valvulaire, ou intéresse telle région cardiaque dont l'atteinte pourrait retentir sur ces appareils.

Ce silence du cœur devant une si grosse lésion doit être attribué à ce que, la plaque occupant la face interventriculaire du ventricule, tandis que les autres parois de celui-ci étaient relativement saines, les valvules fonctionnaient normalement, et la paroi externe du ventricule, au moment de la contraction de celui-ci, venait s'appliquer assez exactement sur la cloison ossifiée dont la surface était extrêmement lisse. De cette façon, le ventricule parvenait à se vider et assurait assez exactement l'intégrité de la circulation.

Cette observation tendrait à faire ranger la paroi interventriculaire parmi les régions pour ainsi dire indifférentes du cœur.

Anatomiquement, le processus peut être résumé de la manière suivante : lésion des artérioles du myocarde, formation autour de ces artérioles de foyers de sclérose secondaire, infiltration calcaire *histologique* de ces foyers, calcification complete de l'endocarde et des foyers sous-endocardiques.

Pourquoi ces foyers de sclérose ont-ils évolué du côté de la calcification ? Isolés, siégeant dans une région moins active du cœur, ils ont peu gêné son fonctionnement pendant leur période d'activité ; et quand celle-ci s'est éteinte, ses reliquats ont été envahis par les sels de chaux, comme un tronc mort par les parasites, ou, mieux encore, comme il arrive chez le vieillard pour tous les tissus à vitalité obscure, depuis les cartilages costaux et laryngés jusqu'aux plaques de sclérose dont il est question.

Envisagée ainsi, la dégénérescence ou l'infiltration calcaire est une manière de finir de la sclérose cardiaque. Quand elle siège dans une région indifférente, son pronostic est relativement favorable ou tout au moins indifférent, puisque mon malade a vécu d'une parfaite santé jusqu'à quatre-vingt-cinq ans et a succombé à une affection qui n'avait rien de commun avec sa grande lésion cardiaque.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical (avec 50 planches de grandeur naturelle), par Alph. Boissard. — Paris, Asselin et Cie, éditeurs, 1884.

Dans un premier chapitre, l'auteur, faisant l'historique de la question, montre que jusque dans ces dernières années les descriptions du bassin, considéré dans son ensemble, sont pour ainsi dire calquées les unes sur les autres ; il faut arriver aux recherches de G. Fabbri (1857) pour rencontrer une conception neuve et fondée sur la représentation exacte du bassin compris dans la totalité de ses différentes parties par le moulage.

Les idées de l'éminent professeur de Bologne ne sont pas devenues classiques jusqu'à ce jour, mais elles seront de plus en plus acceptées, grâce à de récentes recherches parmi lesquelles figurent avec honneur celles de Sabatier et celles que nous analysons.

Le deuxième chapitre est consacré à l'exposé du procédé opératoire. C'est celui dont M. Pinard s'est servi dans ses remarquables recherches de pelvimétrie et de pelvigraphie. Des lames de plomb souples se moulent exactement sur les parties sur lesquelles on les applique, en conservent l'empreinte et la forme et permettent d'en reporter le dessin sur le papier.

L'étude des 50 planches, que l'auteur a pu dessiner, l'a amené aux conclusions suivantes, qui sont exposées dans un troisième chapitre :

1° La ligne axile de la portion passive ou osseuse du bassin est une ligne droite dans toute l'étendue de son trajet ;

2° Le fœtus, descendu suivant toute la longueur de cette ligne jusqu'au plancher périnéal, devra, avant son expulsion, creuser un bassin de nouvelle formation, constitué aux dépens des parties molles ;

3° Le pôle fœtal qui se présente, après avoir pressé sur le plancher périnéal et l'avoir creusé, sortira suivant une direction à peu près perpendiculaire à la ligne axile du bassin passif ou osseux ;

4° La variabilité de cette direction est en rapport avec l'orien-

mettre à bénéficier de la loi nouvelle les autres professions, et particulièrement les professions libérales, comme celles des médecins, avocats, hommes de lettres, artistes, architectes, etc. (2), qui, par cela même qu'elles sont composées de personnes infiniment moins nombreuses et généralement plus instruites et modérées, ne sauraient, à aucun titre, constituer un péril pour l'ordre social, par le fait de l'association, ce serait manifestement manquer de logique, comme nous l'avons dit plus haut, et violer, sans aucune raison, le principe de l'égalité dont tous les citoyens doivent être assurés devant la loi. N'est-il pas de toute évidence, en outre, que ceux qui appartiennent à ces professions ont les mêmes motifs de s'associer, pour l'étude et la défense de leurs communs intérêts ? N'y a-t-il pas, pour eux, la même utilité que pour les patrons et ouvriers à acquérir la personnalité civile, la faculté d'ester en justice et tous les autres droits que confère, à titre énonciatif seulement et non limitativement, l'art. 4 de la loi, à savoir, notamment : 1° acquérir à titre gratuit ou onéreux ; 2° posséder les immeubles nécessaires à leurs réunions, bibliothèques, cours et conférences ; 3° fonder des caisses de secours mutuels et des caisses de retraite pour la vieillesse ; 4° créer et administrer des offices de renseignements ; 5° donner des consultations et avis, à qui de droit, sur toutes questions se rattachant à leurs spécialités, etc., le tout sans autorisation aucune de l'autorité, et à la seule condition de déposer les statuts à la mairie ou à la Préfecture de la Seine ? Pourquoi les patrons et ouvriers seraient-ils seuls à profiter de pareils avantages ? *Ubi eadem est ratio, ibi idem jus esse debet.*

vriers dans les départements, parmi lesquelles celle de la soie à Lyon représente environ 18,000 membres, étaient connues et tolérées. Avec la faculté d'union entre les divers syndicats de toutes professions, un vaste réseau d'associations ne tardera sans doute pas, sous l'influence de la loi nouvelle, à couvrir la France et à surexciter au plus haut degré sa vitalité professionnelle.

(2) Le dictionnaire de *Larousse* donne cette définition des professions libérales : « Les *Professions libérales*, par opposition aux *professions manuelles*, sont celles dont le succès dépend des facultés de l'esprit. » Et, à titre d'exemple, il cite : 1° les hommes de guerre ; 2° les professeurs ; 3° les savants ; 4° les hommes de lettres et les artistes ; 5° les avocats ; 6° les médecins ; 7° les magistrats ; 8° les ministres des différents cultes ; 9° enfin les hommes d'État.

tation vagino-vulvaire qui, chez certaines femmes, peut être telle qu'elle apportera un obstacle à l'expulsion spontanée du fœtus hors des parties molles.

Ainsi qu'on le voit, quand on connaît les difficultés inhérentes à l'étude de cette importante question de la configuration du bassin, et les critiques que quelques travaux ont provoquées, on doit remercier M. Boissard de la tâche longue et périlleuse qu'il a entreprise et qu'il a pu, si habilement, mener à bonne fin.

L'orientation vagino-vulvaire n'avait jamais été signalée avec autant de précision que dans les cinquante planches si instructives dressées par l'auteur; les conséquences qui en résultent sont d'autant plus dignes d'attirer l'attention que, l'axe du détroit supérieur ou la ligne suivie par la tête dans sa descente étant rectiligne, elles peuvent servir à expliquer les difficultés rencontrées dans certaines applications de forceps.

Sans être complètement nouvelles dans toutes leurs parties, les recherches de M. Boissard sont des plus remarquables et éclaireront d'un nouveau jour un grand nombre de questions dont la solution rigoureuse est, au point de vue obstétrical, du plus haut intérêt. Il a fallu à l'auteur de l'habileté, de la patience et un grand amour de la science pour entreprendre ce travail dont nous sommes très heureux de le remercier.

Guidé par un savant maître, le docteur Pinard, il nous a donné une thèse digne des plus grands éloges et qui devra être lue et méditée par tous les accoucheurs.

Précis d'accouchements a l'usage des étudiants et des sages-femmes, par A. Jallet, professeur d'accouchements à l'École de Poitiers. — Paris, 1884, A. Delahaye.

Ce précis n'est autre chose que le cours professé par l'auteur à l'École de Poitiers. En le lisant, on demeure convaincu que son enseignement a dû être de la plus grande utilité aux élèves. Au savoir et à l'expérience que donne seule la pratique, le professeur Jallet joignait des qualités rares d'exposition et de clarté.

Ce petit manuel sera consulté avec fruit par ceux auxquels il est destiné et même par nombre de praticiens. Il est au courant de la science. A peine çà et là pourrait-on trouver à redire; ainsi est-il bien nécessaire de diviser l'accouchement artificiel en *prématuré*, *précoce*, *tardif*, *retardé*. Ces quatre divisions sont bien subtiles.

Plus loin, l'auteur parle de *fièvre de lait* et semble l'admettre.

D'autre part, dans le mécanisme de l'accouchement, il eût été utile d'insister sur le mécanisme spécial aux présentations postérieures et sur la conduite à tenir, etc.

Quelques critiques de détail ne sauraient faire oublier les grandes qualités de science et de précision qui font du précis du professeur A. Jallet un ouvrage utile et bon à posséder.

Marius Rey.

BULLETIN

Le mouvement de la population en France

Suite. — Voir les numéros 10 et 11.

L'examen des causes qui ont contribué à diminuer la natalité en France nous a montré que celle dont l'influence est de beaucoup prépondérante réside dans l'infécondité volontaire, conséquence elle-même de notre législation actuelle sur le partage égal entre tous les enfants de l'héritage des parents. Si, dans certaines contrées, comme le pays Basque, où les vieilles traditions se sont conservées, on use de la faculté accordée par le code civil de disposer du quart de la fortune en faveur de l'un de ses enfants, ce sont là des faits particuliers, et il est vrai de dire, d'une manière générale, que le principe d'égalité qui a dicté les dispositions du code civil, est passé dans nos mœurs.

Ce fait nous montre que si les lois sont fréquemment l'expression des mœurs, la consécration des coutumes, réciproquement les mœurs, les coutumes, se modifient, se transforment sous l'action des lois. La remarque n'est pas inutile en présence du découragement qui semble s'être emparé de ceux qui, à l'Académie du moins, ont pris part à la discussion sur la dépopulation de la France, quand ils ont envisagé les moyens d'accroître notre natalité. La plupart regardent *à priori* la chose comme impossible. D'autres proposent d'agir sur le public en l'éclairant, en lui montrant, de par l'hygiène physique et morale, quels sont les véritables intérêts de l'individu et de la famille, en faisant appel concurremment à ses

---

La loi étant générale, dans son titre, dans le texte de l'art 2 qui définit la nouvelle institution, et dans son esprit, il est incontestable, pour nous qu'elle s'applique dans le présent et s'appliquera, dans l'avenir, à tous ceux qui exercent ou exerceront une profession quelconque, classée ou non, patentée ou libre, ancienne ou nouvelle (1). Elle pourra être invoquée par les industriels, commerçants et agriculteurs, par leurs ouvriers, employés, commis, préposés ou serviteurs quelconques, comme par ceux qui exercent des professions libérales, par ceux qui ont des professions libres, comme par ceux qui ont des professions privilégiées ou monopolisées, même par les fonctionnaires et les employés d'administrations publiques. Elle pourra donc bénéficier aux médecins, pharmaciens, sages-femmes, garde-malades, infirmiers, etc.; aux magistrats, avocats, avoués, notaires, huissiers, commissaires priseurs, agréés, syndics, arbitres, liquidateurs, clercs de tous officiers ministériels, hommes d'affaires, etc.; aux architectes; aux agents de change, courtiers, banquiers, coulissiers et à leurs commis ou employés; aux journalistes, gens de lettres, imprimeurs, auteurs, compositeurs, artistes musiciens, peintres, sculpteurs, etc.; aux ingénieurs: aux professeurs, chefs d'institution, proviseurs; aux directeurs de théâtre et acteurs; aux fonctionnaires de tous grades et de tous rangs; aux domestiques, gens de service et de maison, concierges, cochers, etc., etc. (1).

Les syndicats pourront se composer, aux termes de l'art. 2, soit de personnes exerçant exactement la même profession, soit de personnes exerçant des professions similaires ou connexes, comme les avocats, avoués et hoissiers, par exemple. Enfin tous les syn-

(1) Le dictionnaire de *Littré* définit la profession : un état, un emploi, une condition, et donne précisément, comme exemples, les professions d'avocat et de médecin, professions d'ailleurs patentées et qui, par cela seul qu'elles supportent autant et même plus de charges que les autres, doivent jouir des mêmes droits.

Et, d'après M. Mongin, professeur à la Faculté de droit à Dijon (*Lois nouvelles*, troisième année, p. 92) la profession implique l'exercice régulier et habituel de certains travaux : les médecins, magistrats, militaires, journalistes, et tous ceux qui paient patente, exercent des professions.

(1) On sait que plusieurs de ces professions ont déjà fondé des syndicats.

sentiments patriotiques. Personne, il faut bien l'avouer, ne fonde un grand espoir sur cette croisade d'un nouveau genre dont les apôtres seraient d'ailleurs assez difficiles à trouver. Le plus sûr moyen d'agir serait en effet de prêcher d'exemple: or celui qui serait le plus autorisé à parler au nom de la morale, le prêtre, est voué au célibat, et l'on a vu, par la statistique de M. Hardy, combien le médecin, qui aurait à faire entendre les enseignements et les conseils de l'hygiène, a lui même une fécondité limitée.

Les mesures ayant pour but d'encourager les familles nombreuses en diminuant leurs charges, en leur accordant certaines faveurs, en les soutenant en un mot et en facilitant l'essor des enfants, auraient évidemment une action plus marquée. Mais ce ne serait encore là qu'un simple palliatif, car, à moins de grever notablement le budget de l'État, les avantages dont certaines familles seraient ainsi appelés à bénéficier seraient naturellement en raison inverse du nombre de ces mêmes familles, et l'on tombe ainsi dans un cercle vicieux constitué par l'alternative ou de l'insuffisance des avantages offerts, ou du chiffre trop restreint des familles participantes.

En serrant ainsi la question de près, et sans négliger d'ailleurs les moyens accessoires dont il vient d'être parlé, on arrive à la seule mesure dont on puisse logiquement espérer un résultat utile : la réforme de notre législation sur les successions. Certes, on ne saurait remonter le courant et songer à faire revivre le droit d'aînesse, si contraire à tout esprit de justice. Mais le législateur qui, en établissant le principe d'égalité entre tous les enfants, a eu exclusivement en vue leurs intérêts individuels, isolés, ne pourrait-il pas se préoccuper davantage des intérêts collectifs du groupe, de la famille? Il ne s'agirait plus, dans cette manière de voir, de donner tout à l'un au détriment des autres, mais de mettre au-dessus des intérêts de chacun, comme un bien commun au maintien et à la prospérité duquel tous seraient appelés à concourir, l'héritage paternel, qu'on devrait transmettre, intact comme le nom, à la génération suivante. On établirait ainsi entre les enfants un esprit de solidarité qui, de nos jours, fait le plus souvent défaut, quand la division des intérêts ne le transforme même pas en esprit de rivalité, et les heureux, les forts, ceux qui auraient été avantagés ou qui auraient réussi, seraient plus disposés à venir en aide aux faibles, aux vaincus de la lutte.

Il y aurait des pages et presque des volumes à écrire sur ce sujet. On pourrait montrer comment une libre répartition de la fortune par le père entre ses enfants, suivant les aptitudes innées ou acquises de chacun, serait une excellente chose pour encourager le labeur des uns, secouer la paresse des autres, mettre un frein aux débordements de quelques-uns et accroître ainsi la part d'activité, de force vive et de travail utile que nous devons tous au fonds social commun. Mais nous ne saurions ici aborder ces graves sujets. Nous nous permettrons seulement, pour montrer que les idées que nous venons d'exprimer ne sont pas purement spéculatives, qu'elles sont réalisables et ont déjà été réalisées, de citer l'exemple de ce petit pays Basque, dont nous avons déjà parlé.

Là ce n'est pas non plus l'aîné qui succède de droit au père : le chef de la famille consulte avant tout l'intérêt commun de la maison et choisit comme héritier celui qui paraît le plus apte à faire fructifier le bien patrimonial. Parfois les autres enfants sont appelés à donner leur avis sur ce choix et il arrive que l'élu décline, au profit de l'un de ses frères ou de l'une de ses sœurs, les avantages qui lui sont offerts. « Le dernier mariage qui a eu lieu dans notre village, écrit M. Etcheverry dans le travail auquel nous avons fait déjà quelques emprunts, offre des particularités intéressantes. La fille aînée avait été mariée cinq ans auparavant dans le voisinage. On réservait alors le domaine au second enfant qui était un fils. Celui-ci mourut, dans l'intervalle, à vingt et un ans. Cruel mécompte pour les parents! Après lui venait encore une fille, puis deux fils en quatrième et cinquième lignes. Le premier d'entre les fils avait vingt ans quand l'occasion se présenta de marier la seconde sœur. Les parents le consultèrent et lui dirent : « Seras-tu mécontent si nous marions ta sœur à la « maison et si nous la faisons héritière? » Il répondit : « Non, « je vais partir soldat. Je serai absent plusieurs années. Dieu « sait ce que je deviendrai. Il vaut mieux assurer de suite « l'avenir de la maison. » C'est ainsi qu'il a été fait. »

Loin de nous la pensée de vouloir, par cet exemple et les considérations qui précèdent, présenter une solution; nous avons l'intention plus modeste de poser le problème et de montrer l'un des côtés pratiques sous lequel il pourrait être envisagé. Quand un mal social comme la diminution de la natalité existe, il ne suffit pas de le constater, d'en mesurer l'étendue, d'en comprendre et d'en montrer les dangers : on a

---

dicats pourront former des *Unions* ou fédérations, d'après l'art. 5, même en dehors de toute similitude ou connexité ; mais ces unions ne pourront posséder aucun immeuble ni ester en justice. Il sera loisible de constituer, dans chaque corps de métier ou profession, autant de syndicats que l'on voudra, même dans une seule ville, et avec tel nombre de membres que l'on jugera convenable. Mais il est bien entendu que les gens qui exercent des métiers, industries et commerces immoraux ou illicites, ne sauraient être admis à se syndiquer.

ALFRED LÉCHOPIÉ,
Avocat à la cour d'appel de Paris.

(A suivre.)

PRIX. — La Société médico-pratique de Paris décernera en janvier 1886 un prix de 600 francs à l'auteur (docteur ou élève en médecine) du meilleur mémoire sur une question de pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale.

Pour être admis au concours, les mémoires devront être inédits, écrits en français et être sans nom d'auteur ; ils porteront une épigraphe qui sera reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Sont seuls exclus du concours les membres titulaires de la Société.

Les manuscrits seront adressés *franco* au secrétaire général, 21, rue Cambacérès, à Paris, avant le 1er novembre 1885.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — Les noms suivants ont été tirés ou sont les premiers pour la constitution du jury : MM. Empis, Desnos, d'Heilly, Charcot, Hanot, Gombault, Hervieux, Tennesson, M. Séc.

— Depuis le 10 de ce mois, l'hôpital des Tournelles a reçu le nom d'hôpital Andral, et l'hôpital des Mariniers celui d'hôpital Broussais.

— L'administration de l'Assistance publique va prochainement faire construire une crèche à l'hôpital Necker, et installer de nouveaux réservoirs à l'hôpital Laënnec.

— Par suite de la nomination de M. Grancher à la chaire de pathologie infantile, M. Blachez passe à Necker, M. Gouraud à Cochin, M. Hutinel à Saint-Antoine, M. Roques à Lourcine.

le devoir d'en rechercher les causes et d'indiquer les moyens, quels qu'ils soient, qui semblent les plus propres à en atténuer les effets. Nous dirons donc en terminant, et sous forme de conclusions :

1° La diminution de la natalité en France est un des éléments actifs du mouvement décroissant de la population ;

2° Les causes qui l'ont produite et l'entretiennent sont complexes, mais la cause première et la plus importante réside dans notre législation actuelle sur les successions, qui a eu pour conséquence d'amener et d'étendre l'infécondité volontaire ;

3° Sans négliger certains moyens palliatifs, tels que la vulgarisation des données de l'hygiène physique et morale, les encouragements matériels donnés aux familles nombreuses, etc., la mesure qui semble la plus efficace et qui, à ce titre, se recommande à l'attention de l'opinion publique, du gouvernement et du législateur, c'est la révision de la loi incriminée.

Dr F. de Ranse.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

A propos de la congestion rénale

Dans une thèse récente soutenue à la Faculté de médecine de Paris et ayant pour titre : « Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires », M. Tuffier, prosecteur à la Faculté de médecine, vise, dans une note de la page 14, le travail que je viens de publier sur la congestion rénale. Cette note étant absolument erronée et démontrant que M. Tuffier s'en est tenu à consulter un compte rendu inexact de ma communication, je crois devoir rétablir la réalité des faits, afin qu'aucune confusion ne puisse résulter de la lecture des lignes qu'il me consacre.

M. Tuffier se trompe d'abord sur la teneur de mon travail, ce qui démontre surabondamment, non seulement qu'il ne l'a pas lu, mais qu'il n'en a pas même vu le titre, puisqu'il m'attribue une étude sur la congestion rénale dans les pyrexies, tandis que je n'ai envisagé que la congestion rénale primitive, ce qui est bien différent. Il avance ensuite que, très probablement, dans mon observation, le processus congestif a été dépassé et, que là encore, c'est à une néphrite qu'on a en affaire. Je renvoie M. Tuffier au texte même des leçons qui ont été publiées dans la Gazette médicale, ainsi qu'à ma communication à la Société médicale des hôpitaux, où j'ai résolu la question.

J'ai la conviction qu'après cette lecture, il supprimera de sa thèse le paragraphe où il m'a mis en cause. Dans le cas contraire, je serais heureux de connaître les raisons sur lesquelles pourrait s'appuyer M. Tuffier pour soutenir l'assertion aventureuse qu'il émet.

Albert Robin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'aconitine dans les névralgies. — L'aconitine est un modificateur puissant et rapide du système nerveux ; elle agit d'une façon prédominante et jusqu'à un certain point élective sur la portion bulbo-spinale du myélencephale, consécutivement sur le système du grand sympathique, et, par leur intermédiaire, elle exerce une influence plus ou moins profonde sur les principales fonctions de l'économie.

L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et, en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température (1).

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies. (Gubler, Franceschini, Laborde, Séguin (de New-York), Dumas (de Cette), de Molènes.

Elle donne les résultats les plus avantageux dans les névralgies congestives et dans les formes de *dermalgie* ou mieux *dermodynie* qu'on peut appeler *acrodyniques* et qui ont leur siège aux extrémités des membres, là où abondent les corpuscules de Pacini (2).

Dans les névralgies du trijumeau, les effets de l'aconitine sont véritablement merveilleux. On peut, à ce propos, citer un fait des plus remarquables :

« Il s'agit d'un sujet auquel Nélaton avait pratiqué la résection de toutes les branches du trijumeau. Les douleurs étaient reparus aussi horribles, aussi persistantes que jamais. Le malade réduit au désespoir et prêt à se suicider, réclamait avec instance une nouvelle opération, et l'on s'apprêtait à pratiquer l'extirpation du ganglion de Gasser, lorsque, sur la recommandation du professeur Gubler, l'emploi de l'aconitine fut décidé. Au bout de peu de temps le malade se trouvait si bien qu'il disait *être dans le paradis*. Jamais aucun autre moyen ne lui avait procuré un soulagement aussi complet et aussi durable. »

« Avec l'aconitine pure, on a réussi à supprimer un tic douloureux qui arrachait des cris aux patients et empêchait tout sommeil. Le même moyen a fait disparaître chez un de nos collègues les plus sympathiques une céphalée cruelle qui n'avait pas cessé un instant depuis plusieurs mois. »

L'aconitine donne d'excellents résultats dans les affections irritatives et douloureuses des voies respiratoires, ainsi, dans l'asthme la toux convulsive, les palpitations nerveuses, l'*angor pectoris*, et dans les formes aiguës douloureuses du rhumatisme et de la goutte, où elle calme à la fois l'éréthisme nerveux et l'éréthisme vasculaire (3).

Certains malades sont très sensibles à l'action énergique de l'aconitine, aussi doit-on commencer par faire prendre des doses très minimes et largement espacées. Pour faciliter l'emploi de ce médicament, le docteur Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure.

Il sera bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules, une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au-delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales, douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

(1) Faculté de médecine de Paris. Thèse par le docteur J.-A. Mary.

(2) Commentaires thérapeutiques au Codex.

(3) Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris.

Il est indispensable que le médecin soit assuré de la provenance de l'aconitine qu'il prescrit, car on obtient des effets très variables suivant la provenance de cette substance (1); il faut aussi que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition et d'un dosage rigoureusement exact; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables pilules Moussette.

NOTES & INFORMATIONS

Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz.

Je ne sais qui a eu l'heureuse idée de réunir un Congrès pour traiter, en pleine connaissance de cause, de ces questions si intéressantes et qui agrandissent chaque jour la place qu'elles ont en médecine; il faut en louer sans réserve les honorables membres du Comité d'organisation présidé par notre excellent confrère le docteur Durand-Fardel, cet homme si judicieux, si instruit, si courtois, si savant, si modeste et secondé par M. Garrigou, dont l'ingénieux et fertile esprit ne doit pas avoir été étranger à cette trouvaille.

L'hydrologie et surtout l'hydrologie française ont fait dans ces vingt dernières années de remarquables progrès; le nombre des malades qui fréquentent les sources a peut-être décuplé; il a trentuplé (passez-moi cet utile néologisme) si aux « fontaines » chaudes, salées et ferrées on joint les plages maritimes. D'un autre côté, les médecins ont voyagé; quand ils ne se sont pas instruits *de visu*, leurs clients les ont édifiés; mais pour tous ceux qui ont quelque loisir et prennent des vacances, les Pyrénées sont explorées, les Alpes n'ont plus de secrets, les Vosges sont vulgaires, l'Auvergne est un faubourg de Paris.

Voilà pourquoi il y a maintenant un public pour l'hydrologie, même en dehors des innombrables médecins qui exercent auprès des sources, ce qui est incontestablement la plus agréable façon d'exercer la médecine trois ou quatre mois par an. Puis, en dehors des *hydrologistes*, il y a des *hydropathes* (c'est l'usage qui a fait ce jargon), moins nombreux sans doute, mais tous aussi intéressés aux importantes questions que soulève l'usage externe de l'eau chaude ou froide.

Non moins importante que l'hydrologie, plus importante peut-être, la climatologie lui a été associée. On voit que c'est un sens pratique qui a guidé les initiateurs, qui se sont placés au point de vue thérapeutique; la valeur des stations minérales ou thermales se crée jusqu'à présent de deux façons : par l'autorité d'un ou de plusieurs maîtres qui, agissant sur une nombreuse série de malades ou de disciples, préconisent l'usage de telles ou de telles eaux; puis par les résultats transmis de malade à malade dans ces interminables conversations médicales qui charment l'existence des valétudinaires. Il y a là des éléments d'observation très importants sur un agent dont la composition est constante, et, depuis que nos eaux sont mieux connues, il existe à coup sûr un certain consensus médical. On est arrivé à ce grand progrès de donner à la plupart des sources une spécialisation physiologique plutôt que thérapeutique. On ne se dit plus : telles eaux guérissent la syphilis ou la tuberculose, on dit : telles eaux produisent tels effets physiologiques qui seront utiles dans telle phase de telle affection, et là-dessus on s'entend.

Rien de pareil pour la climatologie : recueils de documents souvent intéressés ou erronés, mal observés, sans méthode, avec des documents insuffisants, en présence de conditions excessivement variables dont les causes nous échappent, la climatologie est encore dans l'enfance. Et cependant les documents commencent à s'amonceler, les observatoires de pics qui paraissent être des thébaïdes de savants donnent quelques faits curieux que nous verrons sans doute reproduire; les autres observatoires, celui de Montsouris, par exemple, fournissent chaque jour pour le climat parisien les précieuses observations que l'on connaît. Mais que de notions à colliger, que de faits à rassembler, que de conclusions à ébaucher, que de règles à formuler sur la physique des climats, sur leur action physiologique, sur les climats marins, chauds, froids, sur les altitudes! Imaginez les Rochard, les Carrière, les Méricourt, les Jourdanet, les Gillebert d'Hercourt, les Fonssagrives, les Duboué, les Marié-Davy, les Teisserenc de Bort, Pamard, Girault, Lespiault, Niepce, etc., et tous ceux qui ont traité ces importantes questions dans les Congrès de sciences, d'hygiène ou de médecine, d'une façon écourtée, sans discussion, réunis en face d'un programme bien défini, et d'un règlement qui préserve des vues intéressées : quelles lumières n'en jailliraient pas sur la science, et que de questions spéciales du plus grand intérêt, je veux dire d'un intérêt social, collectif, n'en ressortiraient pas!

J'en veux donner ici deux exemples; ils me sont personnels, raison de plus pour les mieux connaître : j'ai émis à plusieurs reprises, depuis dix ans, le vœu qu'il s'élève dans nos stations thermales ou climatériques les plus importantes : Vichy, Luchon, la Bourboule, etc., dans les Alpes et dans le Jura, sur une ou deux plages de la Manche et de l'Ouest, qu'il s'élève, dis-je, des lycées ou collèges dans lesquels tous les établissements urbains d'éducation puissent envoyer des enfants pour jouir des bienfaits d'une cure préventive ou curative, en hiver ou en été pendant « la saison » ou en dehors. Je n'ai pas eu le loisir de poursuivre la réalisation de cette « idée » qui a été accueillie avec faveur par tous ceux à qui elle a été soumise et dont M. le docteur Armaingault (de Bordeaux) s'occupe à cette heure même. Je compte m'associer à lui pour la faire apprécier par les congressistes de Biarritz.

Vers 1880, j'ai entretenu la Société de médecine publique des bienfaits réalisés à l'étranger par une institution dont j'ai étendu l'idée et qui a pour but de faire bénéficier d'un changement de séjour de la ville à la campagne, à la mer, aux eaux, ne fût-ce qu'à 10 kilomètres de la ville. Le projet a été reçu avec la plus grande bienveillance; une Commission a été nommée pour l'examiner... Le temps m'a manqué, je l'avoue, pour le poursuivre. Et pourtant il n'y a là aucune difficulté notable. Je compte beaucoup sur la réunion de Biarritz pour donner quelque publicité à ces vœux, qui recevront sans doute un appui moral considérable.

Mais, à côté de ces « applications », que de questions scientifiques de premier ordre à résoudre!

Après avoir eu l'idée de ce Congrès, les initiateurs ont eu celle, non moins heureuse, de le tenir à Biarritz, dans la plus belle saison de cette admirable station, le 1er octobre. Cette date est convenablement fixée à l'issue des saisons thermales et un peu avant le grand mouvement de reprise de la vie urbaine. C'est dire qu'il y aura à Biarritz, sous la présidence de M. Durand-Fardel, deux ou trois cents congressistes.

E. Dally.

Le premier Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz s'ouvrira à Biarritz le 1er octobre prochain, sous la présidence d'honneur de M. le ministre du commerce, et sous la présidence effective de M. le docteur Durand-Fardel.

La durée du Congrès sera de huit jours (du 1er au 8 octobre). Après sa séance de clôture auront lieu des excursions près de diverses stations thermales des Pyrénées, en vue d'étudier sur place les captages, les installations balnéaires, etc., et près des principales stations sanitaires de la région pyrénéenne.

Le programme détaillé de ces excursions et du temps qu'elles occuperont sera publié ultérieurement.

Sera considérée comme *adhérente* au Congrès toute personne qui en aura adressé la déclaration, accompagnée d'un mandat sur

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880).

la poste de douze francs, suivant les indications données plus loin.

Toute personne adhérente recevra : 1o les documents relatifs : *A* au sectionnement du Congrès ; *B* au questionnaire dressé par les soins du comité d'organisation ; *C* au plan détaillé des excursions ; — 2o une carte donnant droit au parcours sur les chemins de fer français avec 50 p. 100 de réduction ; — 3o une indication détaillée, avec les prix, des logements, etc.

Chacune de ces pièces sera adressée successivement et en temps utile aux membres adhérents du Congrès.

Comme l'envoi des cartes de parcours sur les chemins de fer ne pourra avoir lieu qu'à une époque rapprochée de l'ouverture du Congrès, les adhérents sont instamment priés de faire connaître exactement l'adresse à laquelle cet envoi devra leur être fait dans le courant du mois de septembre.

Ils sont également priés d'adresser le plus promptement possible leur témoignage d'adhésion, afin de recevoir immédiatement les règlement, questionnaire, etc., etc.

Pour le Comité d'organisation :

Le Président du Congrès,

Dr DURAND-FARDEL.

A. — Les lettres d'adhésion, accompagnées d'un mandat sur la poste de douze francs, devront être adressées :

1o A M le docteur de Lavarenne, à Paris, 21, rue Chaptal (jusqu'au 1er juin). — A Luchon (Haute-Garonne), à partir du 1er juin ;

2o A M. le vicomte de Chasteignier, trésorier de Biarritz-Association, à Biarritz.

B. — Les communications ou demandes de renseignements :

1o Aux adresses ci-dessus ;

2o A M. le docteur Garrigou, à Toulouse (Haute-Garonne) jusqu'au 1er juin. — A Luchon (Haute-Garonne), à partir du 1er juin.

Comité d'organisation siégeant à Paris :

M. le docteur Durand-Fardel, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, président du Congrès ;

M. le docteur F. Garrigou, secrétaire général du Congrès ;

M. le docteur Constantin Paul, membre de l'Académie de médecine, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris ;

M. le docteur Leudet, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris ;

M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, ancien vice-président de la Société météorologique de France ;

M. L. Teisserenc de Bort, secrétaire général de la Société météorologique de France ;

M. Peslin, ingénieur en chef des mines ;

M. O'Shea, président de la Société des sciences, lettres et arts de Biarritz (Biarritz-Association) ;

M. Franck, ingénieur, membre de Biarritz-Association.

Secrétaire trésorier : M. le docteur de Lavarenne, secrétaire annuel de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(Première session à Paris du 6 au 12 avril)

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

(Deuxième liste)

I. — Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

M. ABADIE (le docteur), à Paris. — Microbes et diathèse.

M. CHAPPLAIN (le docteur), à Marseille. — Discussion.

II. Indications fournies par l'examen des urines à la pratique chirurgicale.

M. VERNEUIL (le professeur). — Des urines à dépôt rose comme indice d'une affection hépatique.

III. — Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

M. BOUSQUET (le docteur), à Paris. — Pansements antiseptiques dans la chirurgie d'armée.

M. GUÉRIN (le docteur Alphonse), à Paris. — Du pansement ouaté dans la chirurgie d'armée.

M. ARRAGON (le docteur H.), à Alençon. — Du pansement à l'alcool dans la chirurgie d'armée.

IV. — Cure des abcès froids.

M. BŒCKEL (le professeur), à Strasbourg. — Discussion.

M. BOUILLY (le docteur), à Paris. — Des résultats primitifs et éloignés du traitement des abcès froids d'après des observations personnelles.

M. CAZIN (le docteur), de Berck. — Sur le traitement des abcès froids par l'incision.

M. OLLIER (le professeur), de Lyon. — Traitement des diverses formes d'abcès froids.

V. — Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

M. CHAVASSE (le docteur), à Paris. — Traumatisme de l'intestin sans lésion des parois abdominales.

M. VASLIN (le docteur), à Angers. — Biscayen ayant pénétré dans l'abdomen, resté inclus dans la fosse iliaque interne, indications opératoires.

QUESTIONS DIVERSES

M. ARRAGON (le docteur H.), à Alençon. — Présentation d'un instrument pour la section des métacarpiens.

M. BADAL (le professeur), à Bordeaux. — Sur la suture sclérotícale. — Arrachement du nasal externe.

M. BŒCKEL (le professeur Jules), à Strasbourg. — De la trépanation du crâne dans le traitement des traumatismes. — Trois cas de cholécystotomie, avec présentation d'un malade.

M. BŒCKEL (le professeur Eugène), à Strasbourg. — De la résection de la hanche dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ultérieurs.

M. CAUVY (le docteur), à Béziers. — Des indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

M. CAZIN (le docteur), à Berck. — Sur la coxalgie.

M. CHAMPIONNIÈRE (le docteur J.), de Paris. — Quelques cas de cure radicale de hernie.

M. DALLY (le docteur), de Paris. — Traitement de la scoliose par les manipulations.

M. DEHENNE (le docteur), à Paris. — De l'avancement musculaire dans la paralysie oculaire. — Observation de rappel de diathèse (impaludisme) à la suite d'un traumatisme de l'œil.

M. DRANSART (le docteur), à Somain. — Du traitement de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie.

M. DROUINEAU (le docteur), à la Rochelle. — La ponction vésicale aspiratrice.

M. FONTAN (le docteur), à Brest. — Indications de l'anus lombaire et de l'anus iliaque dans le cas de cancer du rectum.

M. GALEZOWSKI (le docteur), à Paris. — De l'opération de la cataracte.

M. HORTELOUP (le docteur), de Paris. — Note sur l'uréthrotomie externe.

M. LAGRANGE (le docteur), de Bordeaux. — Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage, mort. — Etiologie et pathogénie du mal perforant.

M. NICAISE (le docteur), de Paris. — Note sur la suture des nerfs.

M. OLLIER (le professeur), à Lyon. — De la résection de la hanche dans les diverses formes de coxalgie. — De la tarsectomie antérieure totale.

M. Péan (le docteur), de Paris. — Du choix des procédés dans la gastrotomie appliquée aux tumeurs pelvi-abdominales.

M. Reverdin (le professeur Jacques). — Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne. — De l'ostéotomie sous-trochantérienne cunéiforme ou linéaire.

M. Rouge (le docteur), à Lausanne. — Sur la perforation des sinus sphénoïdaux dans le traitement de l'ozène.

M. Terrillon (le docteur), de Paris. — Sur quelques tumeurs de l'épididyme.

MM. Verneuil (le professeur) et P. Reclus (le docteur), de Paris. — Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum.

— Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 12 et le 13 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 12 avril 1885. — La séance sera ouverte à trois heures précises.

1o Allocution de M. le Président;

2o Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

3o Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Horteloup, membre du Conseil général;

4o Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1884, par M. A. Foville, secrétaire général;

5o Première partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1885;

6o Lecture du rapport présenté par MM. Foville et Vannesson, au nom de la Commission des syndicats, conformément au vœu pris en considération par l'Assemblée générale de 1884.

A sept heures précises le banquet.

Ordre du jour de la séance du lundi 13 avril 1885. — La séance sera ouverte à deux heures précises.

1o Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale;

2o Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale;

3o Deuxième partie du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagères à accorder en 1885. — Discussion et vote des conclusions;

4o Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes des pensions viagères en 1886;

5o Election d'un vice-secrétaire de l'Association en remplacement de M. Chereau, décédé, et de sept membres du Conseil général, en remplacement de M. Fauvel, décédé, de MM. Desgranges, Hugot, Boutin, Barthez, Horteloup, Lunier, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles.)

6o Discussion du rapport sur les syndicats lu dans la séance de la veille;

7o Exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'Assemblée générale de 1886.

— La Société française de tempérance tiendra sa séance solennelle le dimanche 29 mars 1885 à 1 h. 1/2 à l'hôtel de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Camuset, le spirituel et sympathique auteur « des Sonnets du docteur», dont la Gazette médicale a récemment rendu compte; de M. le docteur Bernard Pillore, membre honoraire de l'Institut historique de France, décédé à Villeneuve Saint-Georges le 10 mars 1885, dans sa quatre-vingt-dixième année; de M. le docteur Decourteix (de Chambon-Fougerolles); et de M. le docteur Brainque, médecin-major de première classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Pont-à-Mousson.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 12 mars 1885, M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Hervouet a été nommé professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes, après concours subi devant la Faculté de médecine de Paris.

— Par décrets en date du 16 mars, sont nommés professeurs honoraires:

M. Boyer, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Dumas, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à la même Faculté.

— Par décret en date du 16 mars, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de la Faculté de médecine de Montpellier, prend le titre de chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

— Par décret en date du 16 mars, M. Léon Dumas, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à la Faculté de médecine de Montpellier (chaire nouvelle).

— Par arrêté ministériel, en date du 11 mars 1885, le concours qui devait s'ouvrir le 15 mai 1885, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques, est reporté au 15 juillet prochain.

***

Cours théorique et pratique d'accouchement. — M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, commencera son cours le jeudi 26 mars, à quatre heures. Le cours est complet en deux mois. On s'inscrit à la clinique, 89, rue d'Assas.

Ecole pratique. — *Electrothérapie et gynécologie.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le mercredi 25 mars à trois heures, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

Cours de thérapeutique et de matière médicale. — M. le professeur G. Hayem commencera son cours le lundi 23 mars, à cinq heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Programme du cours de cette année: *Des grands modificateurs de la nutrition dans leurs applications au traitement des maladies chroniques.*

— M. le docteur de Lapersonne, chef de clinique de la Faculté, commencera, le jeudi 19 mars, à quatre heures, à l'Ecole pratique (amphithéâtre no 3), un cours sur les *Maladies des membranes de l'œil.*

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 8 février au samedi 14 mars 1885.

Fièvre typhoïde 28. — Variole 0. — Rougeole 41. — Scarlatine 5. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 35. — Choléra 0. — Dy-

sentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 213. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 34. — Pneumonie 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 11. — au sein et mixte 20. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 105. — de l'appareil circulatoire 74. — de l'appareil respiratoire 74. — de l'appareil digestif 48. — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1,096 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le choléra indien, 2e édition, par le professeur Ad. Burggrœve (de Gand). Un vol. grand in-8 de 722 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, à l'Institut dosimétrique, 54, rue des Francs-Bourgeois.

Traité de pathologie externe, par MM. A Poulet, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de l'Académie de médecine, et H. Bousquet, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie. Trois vol. grand in-8 de 1,000 pages avec 700 figures dans le texte. — Prix : 48 fr. — Tome I. Pathologie générale chirurgicale (maladies des tissus). — Tome II. Pathologie des régions (tête, cou et poitrine). — Tome III. Pathologie des régions (abdomen, organes génitaux urinaires, membres). — Les tomes I et II sont en vente. — Le tome III et dernier se paie d'avance, et paraîtra en une seule fois et sera remis aux souscripteurs le 15 juin 1885 au plus tard. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par J.-B. Hillairet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc., etc., et E. Gaucher, chef de clinique médicale à l'hôpital Necker, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. — Tome Ier. Anatomie et physiologie de la peau. — Pathologie générale, dermatoses inflammatoires communes. — Un beau volume grand in-8 de 670 pages, avec figures dans le texte et huit planches chromo-lithographiques hors texte exécutées d'après nature. — Prix : 17 fr. — L'ouvrage sera complet en deux volumes : le tome II, qui contiendra 12 planches hors texte, est actuellement sous presse. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

La morphinomanie. — Les frontières de la folie. — Le dualisme cérébral. — Les rêves prolongés. — La folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux, par M. B. Ball, un volume in-18 de 170 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme, par M. le docteur Ernest Lagarde, de Pau (Basses-Pyrénées), ancien élève des hôpitaux de Paris, de l'Ecole pratique, de l'École centrale des Arts et manufactures. Un volume in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

NEUROPATHOLOGIE

NOTE SUR UN CAS CURIEUX DE TROUBLE DE L'ÉCRITURE (PARAGRAPHIE) DANS LE COURS D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE, par M. le docteur E. RÉGIS, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

On a signalé depuis déjà longtemps la rareté de l'aphasie vraie dans le cours de la paralysie générale, et ce fait ne laisse pas que d'être assez intéressant, puisqu'il s'agit là d'une affection cérébrale, et d'une affection cérébrale dont le symptôme capital est précisément constitué par un embarras constant de la parole. M. Magnan a fait remarquer avec raison qu'il en était de l'aphasie comme des paralysies partielles dans le cours de la paralysie générale ; elle peut, comme elles, se présenter passagèrement, à la suite d'une attaque épileptiforme ou apoplectiforme ; elle peut aussi, à titre d'exception, persister d'une manière permanente après l'ictus dont s'accompagne l'attaque ; plus rarement encore, elle peut se développer lentement, progressivement, et de même qu'on voit un paralytique général faiblir peu à peu d'un côté, s'incliner à droite ou à gauche et devenir hémiplégique, de même l'aphasie peut, chez les paralytiques, se développer d'une façon lente et progressive.

Si l'aphasie est rare dans la paralysie générale, l'*agraphie* doit l'être bien davantage encore, bien que, comme la parole, l'écriture y soit à peu près constamment altérée dans sa forme et dans son fonds, au point d'avoir mérité le nom d'écriture *dysgrammatique* et *ataxique*, que lui ont donné les Allemands. Je dis doit être rare, car, à ma connaissance, il n'a pas encore été publié d'observation d'agraphie proprement dite, avec ou sans aphasie correspondante, chez un paralytique général. Le cas qui suit présente donc, à ce point de vue, un certain intérêt ; mais il est plus curieux encore, ainsi qu'on va le voir, par la forme d'agraphie à laquelle il se rattache.

OBSERVATION. — *Paralysie générale à forme démente avec quelques tendances expansives. — Plusieurs attaques congestives à type épileptiforme dans le cours de la maladie. — Après l'une de ces attaques, aphasie transitoire, suivie d'un trouble curieux de l'écriture (paragraphie) un peu plus durable, mais ne tardant pas également à disparaître. — Pas d'hémiplégie concomitante. Spécimens de l'écriture du malade avant, pendant et après l'état de paragraphie. — Mort un an après dans le marasme paralytique.*

M. Nelson R..., israélite, 34 ans, marié, négociant en vins, est admis dans la maison de santé le 26 octobre 1882. La paralysie générale dont il est atteint, et qui semble remonter déjà à plusieurs années, ne peut être rattachée à aucune cause évidente, sauf peut-être à cette prédisposition de famille et de race qu'on retrouve si fréquemment chez les israélites de la région et que j'ai déjà eu occasion de signaler ici-même dans une précédente observation.

FEUILLETON

LA LIBERTÉ D'ASSOCIATION ET LES SYNDICATS PROFESSIONNELS MÉDICAUX.

Suite et fin. — Voir les numéros 11 et 12.

Être fixé sur la portée de la loi est d'autant plus important que, si certaines professions n'en pouvaient bénéficier, la conséquence serait que ceux qui exercent ces professions deviendraient susceptibles, en constituant des syndicats, d'être poursuivis en police correctionnelle, par application des articles 291 et suivants du Code pénal et de la loi du 10 avril 1834, qui punissent les associations de plus de vingt personnes, ou que, tout au moins, les directeurs et administrateurs de ces syndicats irrégulièrement créés tomberaient sous le coup des pénalités édictées par l'article 9 de la loi du 21 mars, sans préjudice de la dissolution et des autres conséquences déterminées par le législateur.

Si la loi n'a fait aucune énumération dans son texte, M. Tolain, dans son rapport susvisé, s'en est expliqué en ces termes : « Plusieurs de nos collègues avaient proposé de rédiger ainsi l'article 2 : « Les syndicats ou associations professionnelles, même de plus de « vingt personnes, exerçant la même profession ou des métiers si- « milaires, soit comme patrons, soit comme employés, commis et « ouvriers, pourront se constituer librement, sans l'autorisation du « gouvernement. » La commission a pensé qu'il était inutile de procéder par énumération. *Les termes généraux* de la rédaction ne sont aucunement limitatifs. » Et, au cours de la discussion devant le Sénat, l'honorable rapporteur, lorsque M. Oudet propose d'ajouter à l'article 3 le mot « agricoles », dit encore : « La commission accepte d'autant plus volontiers la proposition de M. Oudet que son amendement me fournit l'occasion de faire une déclaration qui a été sollicitée de la commission par beaucoup de personnes. On a cru tout d'abord, parce qu'elle s'était servie des mots « syndicats professionnels », qu'elle voulait en restreindre, limiter et circonscrire l'application aux seuls ouvriers qui travaillent manuellement, aux ouvriers industriels. Jamais la commission n'a eu une pareille pensée ; elle espère bien, au contraire, que la loi qui vous

La forme clinique de la maladie est la forme *démente*, avec quelques tendances expansives, mais sans délire de grandeurs proprement dit Une particularité intéressante à noter, c'est qu'elle s'est accompagnée, dès son début, et plusieurs fois par la suite, d'attaques congestives à type épileptiforme avec convulsions prédominantes dans le côté droit. C'est, du reste, à la suite d'une de ces attaques, survenue au cours d'un voyage d'affaires, que le malade a été placé dans la maison de santé.

La première attaque à dater de l'entrée de M. R... a eu lieu le 2 mai 1883, et a déterminé chez lui une paralysie légère du bras droit avec embarras plus marqué de la parole et obtusion plus grande de l'intelligence. Ces phénomènes ont disparu au bout de quelques jours et il s'est produit un retour progressif et rapide à l'état antérieur.

Le 15 mai, nouvelle crise congestive, un peu moins forte que la précédente, et suivie seulement d'un peu d'hébétude intellectuelle. Le 20 mai, troisième ictus très violent, avec convulsions répétées et plus spécialement localisées dans le bras droit. C'est consécutivement à cette attaque, qui laissa après elle une obtusion profonde de l'intelligence accompagnée de constipation opiniâtre, d'aphasie complète mais tout à fait passagère et sans aucune espèce de paralysie concomitante, que se produisit le trouble de l'écriture sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Le 8 octobre, onze attaques épileptiformes consécutives, suivies d'une courte période d'obtusion intellectuelle, d'aphasie et d'état gâteux. Le 11 avril 1884, cinquième et dernière attaque congestive, caractérisée par un nombre considérable d'attaques épileptiformes, et suivie des mêmes phénomènes.

A dater de ce jour, M. R... tombe de plus en plus dans le marasme et la cachexie, et il meurt à la période ultime de sa maladie, sans avoir présenté dans les derniers temps d'autre particularité notable qu'une asphyxie par bol alimentaire prévenue juste au moment où il allait rendre le dernier soupir.

Nous devons maintenant revenir en détail sur le trouble de l'écriture qui fait l'objet principal de cette observation.

Jusqu'au moment où ce trouble se produisit, l'écriture du malade n'avait rien présenté de particulier, et elle était même moins altérée dans sa forme et dans son fond qu'elle ne l'est habituellement dans la paralysie générale, ainsi qu'on peut s'en convaincre par le spécimen suivant, qui représente une lettre écrite par M. R... le 11 mai 1883, c'est-à-dire quinze jours juste avant la production du phénomène morbide :

(Voir figure 1).

Ma Chère Jeanne
Je te prie de m'envoyer samedi matin par un garçon une bottine fine, chaussette blanche & une paire de gants. La jaquette noire & le Gilet noir & le pantalon & le pardessus très bien. J'ai un chapeau blanc très joli.

FIGURE 1

Le 24 mai 1883, c'est-à-dire trois jours après la violente attaque congestive dont nous avons parlé, M. R... écrivit la lettre suivante, qui est, on en conviendra, des plus curieuses :

(Voir figure 2).

Il faut remarquer, en premier lieu, dans cet écrit, la fermeté des caractères et la sûreté de la main qui les a tracés, ce qui prouve manifestement l'absence de toute hémiplégie et de toute agraphie motrice chez le malade. Il faut remarquer aussi l'aspect général de la rédaction, évidemment disposée en forme de lettre avec date, en-tête, formule, signature et « post-scriptum », ce qui montre que le malade n'était pas inconscient de son action, et que cet écrit répondait bien chez lui à une idée précise. Restent les mots employés par M. R... pour traduire sa pensée, et c'est ici qu'apparaît dans toute son étendue le trouble graphique. Il est facile de voir en effet que pas un de ces mots, sauf peut-être un ou deux, n'a de signification réelle et qu'il se trouve formé de syllabes incohérentes juxtaposées. Il est curieux de signaler à cet égard la terminaison à peu près uniforme de tous ces mots par la syllabe *té*, ainsi que les nombreuses ratures qui parsèment la lettre et qui prouvent combien le malade a voulu bien faire en l'écrivant. Enfin, dernière particularité, et ce n'est pas la moins intéressante, quand M. R...,

est soumise est une loi *très large* dont se serviront un très grand nombre de personnes auxquelles tout d'abord on n'avait pas pensé : les *gens de bureau* par exemple, les *comptables, commis et employés de toute espèce;* en un mot, TOUTE PERSONNE QUI EXERCE UNE PROFESSION, ainsi qu'il est dit dans la loi, aura le droit de se servir de la nouvelle législation que vous allez vôter. »

Depuis le vote de la loi, le gouvernement a été encore appelé à faire connaître sa pensée dans une circulaire adressée par M. Waldeck-Rousseau, le 25 août 1884, aux préfets, et dans laquelle on lit ce qui suit : « La pensée dominante du gouvernement et des Chambres a été de développer, parmi les travailleurs, l'esprit d'association ; grâce à la liberté complète d'une part, à la personnalité civile de l'autre, les syndicats, sûrs de l'avenir, pourront réunir les ressources nécessaires pour créer et multiplier les utiles institutions qui ont produit chez d'autres peuples de précieux résultats : caisses de retraites, de secours, de crédit mutuel, cours, bibliothèques, sociétés coopératives, bureaux de renseignements, de placement, de statistique des salaires, etc..... Aussi le vœu du gouvernement et des Chambres est de voir se propager, dans la plus large mesure possible, les associations professionnelles et les œuvres qu'elles sont appelées à engendrer..... Désormais, la fécondité des associations professionnelles n'a plus de limites légales. Le gouvernement et les Chambres ne se sont pas laissé effrayer par le péril hypothétique d'une fédération antisociale de tous les travailleurs..... Les formalités que la loi exige sont très peu nombreuses et très faciles à remplir. Son laconisme, qui est tout à l'avantage de la liberté, pourra causer au début quelques hésitations et quelques incertitudes. Il serait difficile de prévoir à l'avance toutes les difficultés qui pourront surgir. Elles devront toujours être tranchées dans le sens le plus favorable au développement de la liberté. — L'article 1er abroge la loi des 14-17 juin 1791 qui défendait aux membres du même métier ou de la même profession de former entre eux *des associations professionnelles* et l'article 416 du Code pénal..... Du silence de la loi ou des discussions qui ont eu lieu dans les Chambres, il faut conclure : ..... 4° que la loi est faite pour tous les individus exerçant un métier ou une profession. »

Il suffit donc d'exercer une profession quelconque, mais il ne faut pas non plus perdre de vue que c'est la condition *sine quâ non*. Aussi, sommes-nous fermement convaincu que les propriétaires, les locataires, les rentiers, les maîtres, les étudiants, par

Ma Chère Marété

Je te a fa ~~ma~~ Rétaté termaté
J'a m'a raté ma chéra
maté. Ma restamaté
a ta quaté. Je m'a
~~ma~~ Z m'a Remanaté
m'a écaleté. Me m'a
M^e Ralaté ~~Bas de mia~~

~~Le~~ Y m'a relaté ma lité
de ~~tha~~ ~~Bil~~ m'a relaté de
ma dire li re ma relaté
de la lité mas nolafés à
ma les totalés o mas beseles
re ~~Le~~ Y m'a ~~sil~~ Relaté re
ma lité de la lité à mas
lotatés à mas la ~~tolates~~
Tolata —

Mes alotatis

FIGURE 2

prié par nous, relut sa lettre, il la relut non pas telle qu'elle est écrite, avec ses mots incohérents et sans signification, mais telle qu'il avait voulu l'écrire et en lui donnant un sens parfaitement logique et coordonné. C'est au point que, croyant remarquer une lacune ou un mot oublié dans la première ligne, il y ajouta après coup en surcharge, ainsi qu'on peut le voir dans la reproduction ci-dessus, le mot « *Rétaté* » destiné dans sa pensée à compléter la phrase. Il eût été intéressant d'écrire sous la dictée du malade, à mesure qu'il relisait sa lettre, de façon à pouvoir rapprocher l'une de l'autre pour les comparer, et la lettre pathologique telle qu'il l'a écrite, et la lettre normale telle qu'il avait voulu l'écrire. Malheureusement, j'étais loin de me douter sur le moment de l'intérêt que pouvait présenter cet écrit, et d'ailleurs il eût été assez difficile, on le comprend, d'être ainsi toutprêt à reproduire sur-le-champ ce que le malade disait. J'ai d'ailleurs, ainsi que mon confrère le docteur Gervais qui assistait à l'incident, conservé le souvenir du sens exact de cette lettre qui ne s'éloigne pas sensiblement des précédentes et des suivantes.

Sept jours après, je pus faire écrire à M. R... une seconde lettre et, ainsi qu'on en peut juger par le spécimen ci-dessous, ce ne sont plus tous les mots qui sont incohérents et sans signification, mais un certain nombre seulement, quelques-uns étant redevenus absolument normaux et les autres à demi normaux.

(Voir figure 3).

Quelques jours après, je fais écrire une troisième lettre au malade, dans laquelle l'amélioration du phénomène morbide est plus sensible encore :

(Voir figure 4).

A dater de ce moment, l'écriture de M. R... redevint absolument normale, c'est-à-dire ce qu'elle était antérieurement.

Le malade mourut le 2 août 1884, à la période ultime de sa paralysie générale. L'autopsie

exemple, ne pourraient valablement se constituer en syndicats, en cette seule qualité, malgré tout l'intérêt que certains d'entre eux pourraient avoir à se liguer, à se coaliser les uns contre les autres, les locataires contre les propriétaires, et réciproquement, les maîtres contre les domestiques. Ces personnes devront attendre, pour pouvoir s'associer, du moins sans autorisation et au nombre de plus de vingt, la loi générale sur le droit d'association actuellement soumise aux Chambres.

En lisant les décisions du tribunal de Domfront et de la Cour de Caen qui ont refusé aux médecins le droit de se syndiquer, on acquiert la conviction que les juges n'ont dû prendre qu'une connaissance très imparfaite, très superficielle, des travaux préparatoires que nous venons de passer si soigneusement en revue, si tant est seulement qu'ils aient eu tous ces documents sous les yeux. Comme nous l'avons dit, dès le début, tandis que le tribunal a décidé : 1° que les médecins ne sauraient valablement se constituer en syndicats ; 2° que, dans tous les cas, la loi n'accorderait pas d'ester en justice à cette catégorie de syndicats ; la Cour d'appel a rejeté formellement la seconde solution, pour s'en tenir à la première.

L'arrêt de Caen est ainsi motivé sur ce point : « Attendu que, si les premiers juges ont eu le tort de repousser l'action du syndicat des médecins de Domfront, en s'appuyant sur l'art. 6 de la loi du 21 mars 1884, lequel est général et accorde à tous les syndicats régulièrement constitués le droit d'ester en justice, les autres motifs énoncés dans le jugement dont est appel et que la Cour adopte, justifient suffisamment la décision attaquée. » (Journal LA LOI, du 15 février 1885 — audience de la Chambre des appels correctionnels de la Cour de Caen du 4 février, affaire du syndicat médical de la région sud-ouest de l'Orne c. Launay. — Avocats : Mes Coulet et Tillaye ; ministère public : M. Vaudrus, conclusions conformes.)

Le jugement du tribunal de Domfront, rendu contrairement aux conclusions du ministère public, d'après ce que nous apprend la sténographie des débats que nous avons sous les yeux, portait le motif suivant, qui ne tient pas un instant devant les travaux préparatoires : « Attendu que, dût-on admettre que les médecins puissent se constituer en syndicats, il resterait à rechercher si ces syndicats ont le droit d'ester en justice.

« Attendu que, d'après la loi du 21 mars 1884, ce droit n'a été

Ma Chère Jeanne,

Je te prie de venir me chercher Jeudi à 2 hres avec notre frère Jouif, Papa & Maman; ton Père & ta Mère George & Esther, Lydie & Léopold.

Je suis en été be sante santé. J'ai été bengé 6 fois.

Mr Gervais est venu 6 fois & 2 sep de Jeuné Dts tant m'ont beaucoup en bonne santé.

FIGURE 3

ne put être pratiquée en raison des prescriptions religieuses qui s'y opposent chez les israélites.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs points nous paraissent dignes d'être relevés dans cette observation. En premier lieu, il convient de se demander quel nom on peut donner au trouble de l'écriture qui en fait l'objet. Parmi les variétés d'aphasie aujourd'hui connues et décrites, il en est une dans laquelle les malades, sans avoir de logoplégie ni de surdité ou de cécité verbales, ne peuvent prononcer exactement les mots qui correspondent à leur pensée et emploient à la place, croyant bien dire, soit des mots tout autres, soit même des mots sans signification et sans existence réelle. Cette variété d'aphasie porte, comme on le sait, le nom de *paraphasie*. Or, étant donné, si l'on se réfère aux travaux récents, et notamment à l'excellent mémoire publié par M. Pitres dans un des derniers numéros de la REVUE DE MÉDECINE, que les variétés de l'agraphie, correspondant exactement aux variétés de l'aphasie, sont susceptibles de porter des dénominations analogues, il me paraît logique de désigner sous le nom de *paragraphie* le trouble de l'écriture en question qui constitue le véritable pendant de la paraphasie. C'est l'*agraphie amnémonique* de W. Ogle. J'ajouterai que le mot de paragraphie semble plus applicable à ce cas qu'à ceux dont parle Mendel, qui, dans son *Traité de la paralysie générale des aliénés*, désigne sous ce nom les troubles amnésiques de l'écriture chez les paralytiques (omissions de mots ou de syllabes, répétitions, emploi d'un mot hors de sens, etc.) qui tiennent, chez ces malades, à l'affaiblissement des facultés et n'ont rien de commun avec l'aphasie ou l'agraphie proprement dites.

Le second point sur lequel je désire appeler l'attention est le peu de persistance et de gravité du phénomène qui n'a duré que quelques jours et a disparu progressivement sans

Mon Cher Père.

Le 29 Mai j'ai mu fait envoyé un beau policemen 17.7300 frs d'un beau chercents. Je te prie de Leon de m'écrire une lettre un mettre dire si nos Rep & Voyageurs ont fait de belles affaires -

FIGURE 4

accordé *qu'à une certaine catégorie de syndicats.* » (Journal LA LOI, numéro précité).

L'art. 6 de la loi dit bien, en effet : les syndicats professionnels de *patrons ou d'ouvriers* auront le droit d'ester en justice; mais il résulte, on ne peut plus sûrement, des débats devant les chambres et de la circulaire du ministre de l'intérieur, que tous les syndicats régulièrement constitués, sans aucune exception, jouissent de plein droit de la personnalité civile et de la faculté d'ester en justice, non pas au nom de chacun des membres qui les composent, mais comme personnes morales représentées par leurs directeurs et administrateurs. La Chambre des députés avait bien proposé d'établir deux catégories de syndicats; ceux qui, pour bénéficier de la personnalité civile, déposeraient leurs status et ceux qui, n'en voulant point profiter, ne les déposeraient pas; mais, après discussion, la formalité du dépôt a été imposée à tous et il a été admis, par suite, que tous jouiraient de la personnalité civile, dans les conditions déterminées par la loi, et du droit d'ester en justice. Si les mots : *patrons et ouvriers* se trouvent en tête de l'art. 6, on est unanime à reconnaître qu'ils sont énonciatifs et non limitatifs. Ils ne figuraient, ni dans le projet du gouvernement, ni dans celui de la Chambre des députés, et n'ont été ajoutés que dans le projet proposé par la première commission du Sénat, sans raison et sans discussion aucune. Peut-être, comme le dit M. Worms, dans un article publié par le DROIT, le 24 janvier 1885, afin d'affirmer, avec plus d'éclat, le droit pour les patrons comme pour les ouvriers, de revêtir une personnalité civile, ou plutôt, par pure inadvertance, et comme un écho de la discussion qui, nous ne faisons aucune difficulté de le reconnaître, avait surtout porté sur les patrons et les ouvriers dont les coalitions avaient fait naître plus d'une appréhension.

A ce même sujet, voici comment s'explique la circulaire ministérielle : « La personnalité civile n'appartient qu'aux syndicats régulièrement constitués; elle est pour eux de droit commun et leur est acquise en l'absence de toute déclaration spéciale de volonté dans les statuts. »

Il serait oiseux d'insister davantage sur cette question subsidiaire que l'on peut considérer comme définitivement tranchée, non seulement par la doctrine unanime, mais aussi par la jurisprudence, en présence de l'arrêt de la Cour de Caen.

Quant à la question principale de savoir si toutes les profes-

laisser de traces, contrairement à ce qui a lieu dans les cas ordinaires, comme celui de M. Pitres, par exemple, où l'on voit l'agraphie persister pour ainsi dire indéfiniment, sans tendre à l'amélioration. Cela prouve bien, ainsi que le faisait observer M. Magnan, qu'il en est de l'aphasie — et j'ajoute de l'agraphie — comme des paralysies partielles dans le cours de la paralysie générale, c'est-à-dire qu'elles ne sont la plupart du temps que passagères et disparaissent plus ou moins rapidement après l'ictus congestif qui leur a donné naissance. Il est bon de faire remarquer en outre l'absence complète d'hémiplégie chez le malade, ce qui lui a permis de se servir librement de sa main droite pour écrire, tandis que dans la plupart des cas il existe une parésie plus ou moins marquée du bras qui gêne les mouvements de l'écriture et nuit, par suite, à la constatation du phénomène agraphie.

Reste enfin à se demander à quelle lésion cérébrale peut être rapporté le trouble de l'écriture qui vient d'être exposé.

Evidemment, il ne peut s'agir ici que d'une lésion purement fonctionnelle et transitoire, d'un trouble circulatoire passager, d'une congestion partielle et éphémère provoquée par l'ictus épileptiforme. Quant au siège exact de cette congestion, si l'on tient compte des symptômes morbides qui ont accompagné la paragraphie, et en particulier des convulsions épileptiques et de leur localisation dans le côté droit du corps et surtout dans le bras droit, on est porté à admettre que la congestion qui a donné naissance à la paragraphie devait siéger au niveau de la région motrice, tout près du centre commun des mouvements ordinaires du bras et de la main, ce qui est en parfaite concordance avec la théorie des localisations cérébrales, qui place, comme on le sait, le centre de l'écriture au pied de la deuxième circonvolution frontale du côté gauche, au niveau du tiers moyen de la frontale ascendante.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, le fait n'en reste pas moins intéressant, et c'est pour cela que j'ai cru devoir le publier avec tous les détails qui précèdent.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Sur la pelletiérine, par Schroeder (1). — II. Sur l'action locale du calomel dans le traitement des syphilides, par le professeur Fürbringer, de Iéna (2). — III. Sur l'emploi des feuilles fraiches de datura stramonium dans le traitement des affections douloureuses des jointures, par le docteur Wymann (3). — IV. Sur l'emploi de la décoction de feuilles de bouillon blanc dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par le docteur Quinlan (4). — V. Sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde par les frictions mercurielles, par le docteur Kalb, de Berlin (5).

Du travail de von Schrœder, nous citerons d'abord les renseignements qui ont trait à l'action tænifuge de la pelletiérine, étudiée *in vitro*. Von Schrœder a extrait des intestins de chats, sacrifiés dans ce but expérimental, des tænias (*tænia serrata*) vivants, qu'il a conservés dans des bocaux contenant une solution de chlorure de sodium (1 %) et de bicarbonate de soude (0,1 %) maintenue à la température de 37°. Dans un pareil milieu, les tænias continuent de vivre pendant plusieurs jours et paraissent se comporter d'une façon absolument normale. Or, il a suffi d'ajouter au liquide, de la pelletiérine dans la proportion de 1/10,000e, pour que déjà au bout de cinq minutes les tænias fussent privés de mouvement. Si alors on les transvasait dans une solution fraîche de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude, portée à une température convenable, ils récupéraient leur vitalité première au bout de 15 à 30 minutes. Au contraire, les tænias étaient irrémédiablement frappés, quand la durée du séjour dans la solution de pelletiérine dépassait dix minutes. D'où l'auteur conclut que, chez l'homme, une dose de 0,3 de pelletiérine (6) sera suffisante

(1) Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmak., t. XVIII, p. 381, 1884.

(2) Zeitschrift für klin. Medicin., t. VIII, fasc. 6, p. 381, 1884.

(3) New-York. Medical Record, 20 septembre 1884.

(4) Dublin Journal of medic. Science, 1884.

(5) Berliner klin. Wochenschrift, 1885, n° 3.

(6) L'expérience a démontré que, pour être efficace, la dose de tannate de pelletiérine ne doit pas être inférieure à 0,40 centigrammes chez un adulte.

---

sions sans exception ont conquis, par la loi du 21 mars, le droit d'organiser des associations, elle est tranchée dans le sens de l'opinion que nous avons développée ci-dessus par tous les auteurs qui l'ont traitée (consulter MM. Ledru et Worms : *Commentaire de la loi sur les syndicats professionnels*, p. 45-47, n° 27 ; Worms, journal le Droit du 24 janvier 1885, un article intitulé : *La loi sur les syndicats professionnels et la jurisprudence* ; Coulet et Lèbre : *Guide pratique des syndicats professionnels*, p. 6 ; Mongin : *Revue des lois nouvelles*, 3e année, p. 92 ; La France judiciaire, année 1885, no de mars ; Brunot, chef de cabinet du sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur, *Revue générale d'administration*, décembre 1884, p. 393-394 et la note 1) ; à quoi l'on peut ajouter divers articles publiés dans le même sens par la presse quotidienne, et parmi lesquels nous avons remarqué un article de vive allure publié dans le journal le Figaro du 20 février 1885 par notre confrère, M. Albert Bataille, qui a toujours su marcher de l'avant, on doit le reconnaître, pour toutes les questions de réforme, en matière législative ou judiciaire.

Enfin, disons qu'il se rencontre dans l'arrêt de Caen un motif nouveau tiré de ce, qu'en fait, il résulterait de l'examen des statuts du syndicat médical, que l'association n'aurait eu d'autre but que de fixer les honoraires de ses membres suivant la gravité des cas, et d'en poursuivre le recouvrement ; qu'on se trouvait ains en présence d'un intérêt purement pécuniaire qui rendait les médecins non recevables à invoquer le bénéfice de la loi nouvelle.

Nous avouons que ce motif, si toutefois nous en saisissons bien la portée mal précisée, nous plonge dans l'étonnement. Où donc notre loi, si générale, contient-elle une exception de ce genre ? De quoi donc s'occuperont les syndicats ou associations professionnelles, si ce n'est des intérêts personnels et pécuniaires de leurs membres ? Les intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, n'ont-ils pas un caractère essentiellement pécuniaire ? Est-ce qu'entre patrons et ouvriers, notamment, il ne s'agit pas principalement d'intérêts pécuniaires, de l'abaissement ou du relèvement des salaires, de régler les conséquences de la fameuse loi de l'offre et de la demande ?

Un syndicat se constitue dans le but qu'il juge convenable, et sans que personne puisse lui en demander compte, du moment qu'il se borne aux intérêts professionnels de ses membres et qu'il n'empiète pas sur le domaine politique ou religieux.

pour rendre inerte un tænia et préparer son expulsion. Car, en admettant que le tiers de la quantité de pelletiérine soit résorbé dans l'estomac, le reste sera suffisant pour former avec les liquides intestinaux une solution dont le degré de concentration sera pour le moins supérieur à 1/10.000e.

Le reste du mémoire de von Schroeder est consacré à faire connaître les résultats des expériences que l'auteur a instituées pour étudier l'action physiologique de la pelletiérine chez la grenouille et sur les animaux à sang chaud (pigeons, cobayes, lapins). Ces expériences ont démontré que l'action toxique de la pelletiérine s'exerce principalement sur le système nerveux, qu'elle consiste dans une excitation des centres spinaux et du cervelet, d'où exagération du pouvoir excito-moteur et troubles de la coordination. En outre, la pelletiérine produit une élévation considérable de la pression intra-vasculaire, en excitant le centre vaso-moteur; en même temps le nerf vague est paralysé. D'après celà, l'administration de la pelletiérine est contre-indiquée dans les cas où il y a lieu de craindre les conséquences d'une élévation subite de la tension artérielle (anévrysme, dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, etc).

Enfin von Schroeder indique la manière de préparer une décoction d'écorce de grenadier, qui possède la même efficacité que le tannate de pelletiérine, mais qui est d'un prix de revient beaucoup moins élevé, ce qui mérite d'être pris en considération dans la clientèle des pauvres : on fait bouillir au bain-marie, pendant une heure environ, l'écorce de grenadier préalablement concassée; on laisse ensuite refroidir le liquide et on y ajoute une certaine quantité de lait de chaux, plus qu'il n'en faut pour neutraliser le liquide. On filtre en ayant soin de bien laver le résidu. La liqueur qui passe a une teinte tirant sur le jaune et une réaction alcaline. On la neutralise avec de l'acide sulfurique. Le liquide ainsi obtenu retient tous les alcaloïdes de la racine de grenadier, et ne renferme plus d'acide tannique, auquel la décoction ordinaire est redevable de son goût répugnant. Aussi faut-il ajouter à la décoction ainsi préparée 2 à 3 grammes d'acide tannique, pour entraver la résorption de la pelletiérine à la surface de la muqueuse stomacale. On peut ensuite ajouter au liquide des correctifs appropriés, en faire, par exemple, une limonade que les malades boivent sans déplaisir.

On peut encore préparer un extrait, en reprenant par de l'alcool à 70° le résidu que le liquide obtenu par filtration laisse quand on l'évapore au bain-marie. La solution alcoolique retient les sels de pelletiérine; il faut avoir soin d'y ajouter 1 à 2 grammes d'acide tannique, pour la raison indiquée ci-dessus. D'après von Schrœder, la décoction préparée suivant les indications de la nouvelle pharmacopée française a pour inconvénient de retenir la majeure partie de l'acide tannique contenu dans la racine de grenadier.

— M. Fürbringer a fait les expériences suivantes pour s'assurer de la transformation du calomel en sublimé, en présence du chlorure de sodium, à la surface des syphilides ulcéreuses. Après avoir humecté des efflorescences syphilitiques avec une solution de chlorure de sodium, il les a saupoudrées avec une quantité de calomel variant d'un à plusieurs grammes. Au bout de 2 à 24 minutes, il balayait, en se servant du jet d'un irrigateur, le dépôt qui était recueilli dans un verre et examiné à l'aide de réactifs propres à déceler la présence du sublimé. Le résultat a été constamment positif; même quand la surface de l'efflorescence n'avait été humectée qu'avec de l'eau pure, avant l'application du calomel, il s'était formé une certaine quantité de sublimé. Résultat analogue, quand on déposait simplement du calomel sur une syphilide papuleuse humide. Il est donc indubitable qu'à la surface des condylomes plats, le calomel rencontre des conditions qui favorisent sa dissolution; il est vraisemblable que celle-ci s'opère à la faveur de l'intervention commune de l'oxygène de l'air, de l'eau, de l'albumine, des acides gras et des sels contenus dans les liquides sécrétés.

Le calomel, en applications topiques sur les condylomes plats, n'agit donc pas uniquement comme poudre desséchante, mais surtout comme caustique et antiseptique, grâce à sa transformation en sublimé. Ce procédé de traitement, dont l'honneur revient à Labarraque, est supérieur à toutes les médications topiques, d'après Fürbringer. Zeissl y avait apporté une modification; au lieu d'humecter les syphilides avec une solution de chlorure de sodium, il a employé une solution de chlore, au contact de laquelle une notable partie du calomel se transforme en sublimé. Fürbringer a mis à l'épreuve le procédé de Zeissl; il lui reconnaît l'avantage de dépouiller les condylomes de leur fétidité en l'espace de quelques heures, mais c'est tout. La guérison n'est pas accélérée.

D'ailleurs, malgré la critique que semble formuler l'arrêt, du moins si nous le rapprochons de la plaidoirie mordante de l'adversaire du syndicat, nous estimons qu'en principe il est de l'intérêt des populations elles-mêmes de favoriser l'établissement des médecins dans les petites villes et dans les campagnes, et l'un des moyens d'y parvenir est de s'efforcer d'obtenir, par une entente préalable, le relèvement des honoraires, dans une mesure convenable.

Il ne nous reste, en terminant, qu'à accompagner de nos vœux le syndicat de l'Orne, devant la Cour de cassation qui, nous en avons la ferme conviction, comprendra que, surtout dans un Etat Démocratique, il importe de proclamer, sans plus tarder, l'égalité, devant la loi, de toutes les professions comme de tous les citoyens.

Alfred Léchopié,
Avocat à la cour d'appel de Paris.

Faculté de médecine de Dijon. — Par arrêté ministériel, en date du 18 mars 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine de Dijon s'ouvrira, le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon. — Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Dijon s'ouvrira, à ladite Ecole, le 21 septembre 1885.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mars 1885, le ministre du commerce, vient, sur la proposition de l'Académie de médecine, de décerner un prix de 1,500 fr. et des médailles d'or et d'argent aux personnes signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et le plus contribué à la propagation de la vaccine en France pendant l'année 1883.

Prix de 1,500 francs. — MM. les médecins-majors Amat, Senut et Sourris.

***

Legs. — La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse est autorisée à accepter le legs de 20,000 francs que lui a fait Mme veuve Gaussail.

Cette somme sera consacrée à l'achat d'une inscription de rentes sur l'Etat français, qui portera l'origine des fonds et leur destination. Les revenus en seront affectés à la fondation d'un prix annuel sous la dénomination de « Prix de Mme Adrien Gaussail. »

En outre, chez un certain nombre de malades, l'effet caustique produit par ce mélange de calomel et d'eau de chlore développe de la douleur.

Enfin Fürbringer a expérimenté le traitement topique des condylomes plats par des lotions au sublimé. Le résultat final a été satisfaisant dans la plupart des cas. Mais le sublimé, même en solution très étendue, provoquait souvent une sensation pénible de brûlure, voire quelquefois une réaction inflammatoire. Enfin les lotions au sublimé n'ont pas, comme les applications de calomel en poudre, l'avantage de dessécher rapidement la surface d'application.

C'est donc la réhabilitation du procédé de Labarraque que poursuit Fürbringer.

— D'après Wymann, les feuilles fraîches de datura stramonium, appliquées sur les jointures qui sont le siège d'une tuméfaction douloureuse, produisent une action sédative tout à fait remarquable. Il suffit, pour obtenir la cessation des douleurs articulaires les plus vives, d'entourer la jointure d'une couche un peu épaisse de feuilles fraîches de datura, qu'on renouvelle au bout de vingt-quatre heures. D'ordinaire, dès la première application, il s'établit au-dessus de la jointure malade une transpiration profuse; avec celle-ci coïncide la disparition des douleurs et de la tuméfaction articulaire. Le résultat a été négatif dans les cas où on s'est servi de feuilles cuites dans l'eau, réduites en poussière ou comprimées; bref, pour que le remède agisse, il faut employer des feuilles fraîches. On ne peut donc y recourir que pendant la belle saison.

— Le docteur Quinlan (de Dublin) a fait à l'hôpital de cette ville des expériences cliniques qui ont témoigné de l'action favorable qu'exerce sur la toux et l'état général des tuberculeux la décoction de feuilles de bouillon blanc (*verbascum thapsus*), remède populaire qui, dans beaucoup de contrées, jouit d'un grand renom dans le traitement de la phtisie. Ce sont, d'après Quinlan, les feuilles du bouillon blanc qu'il faut employer de préférence, pour en faire une décoction à la manière des paysans d'Irlande : on fait bouillir 100 grammes de feuilles fraîches on 130 grammes de feuilles sèches dans un litre de lait de vache de bonne qualité. Puis on laisse macérer pendant dix minutes; après quoi on filtre et on sucre la décoction, qui doit être bue chaude. On fait prendre au malade dans les vingt-quatre heures deux à trois litres de décoction ainsi préparée; 127 phtisiques ont été soumis à l'expérience. Le résultat constant a été une atténuation marquée de la toux, même quand il existait déjà des excavations dans le poumon. En outre, sous l'influence du traitement, le poids corporel des malades augmentait en même temps que s'améliorait l'état général, résultat qui a fait défaut dans les cas où l'on faisait prendre aux malades une égale quantité de lait, sans addition de feuilles de bouillon blanc.

Quinlan conclut qu'à la première période de la tuberculose pulmonaire, la décoction de feuilles de bouillon blanc surpasse en efficacité l'huile de foie de morue et peut être avantageusement substituée aux koumys.

— Parmi les nombreux remèdes à l'aide desquels on a en et on a encore la prétention de guérir la fièvre typhoïde, celui que préconise M. Kalb (de Berlin), mérite, pour sa nouveauté, une mention spéciale. M. Kalb prescrit 6 grammes d'onguent gris (conservé depuis un certain temps), 4 grammes chez les enfants, qu'il fait diviser en six paquets. Le premier jour, un de ces paquets sert à frictionner le malade pendant une demi-heure sur le ventre; le deuxième jour, un second paquet est employé à une friction sur l'une des cuisses (principalement sur la face interne); préalablement, l'abdomen est lavé à l'eau de savon pour enlever ce qui reste d'onguent de la veille; le troisième jour, nouvelle friction sur l'autre cuisse. Puis on recommence une nouvelle série de trois frictions, faites successivement sur le ventre et sur chacune des deux cuisses, à des intervalles de vingt-quatre heures. A l'intérieur, Kalb prescrit une mixture de calomel et d'opium, suivant la formule :

Rec. Calomel. . . . . 2 grammes.
Extrait d'opium. . . . . 0,2–0,25 centigr.

A diviser en quatre paquets. Prendre un de ces paquets toutes les cinq à six heures, dans du pain azyme.

Le calomel, par sa transformation en sublimé dans les voies digestives, concourt, suivant l'auteur, à l'action antizymotique du mercure introduit par la voie endermique.

Enfin, à partir du premier jour du traitement, les malades reçoivent de l'alcool.

Sous l'influence de cette médication, que l'auteur a expérimentée dans plus de 100 cas de fièvre typhoïde, cette maladie évolue d'ordinaire de la façon suivante : le second jour, la température interne s'abaisse de 1/2 degré et plus; le lendemain, elle remonte à son niveau primitif et s'y maintient, sans le dépasser, pendant un septenaire environ. Le huitième jour, c'est-à-dire le deuxième jour après la dernière friction, la température interne descend jusqu'au niveau physiologique et reste normale, sauf quelques minimes oscillations. L'état général, jusqu'à la défervescence, se comporte comme dans les cas traités suivant les méthodes classiques; une fois la fièvre tombée, les malades entrent en convalescence, toutefois la rate reste tuméfiée pendant dix ou quinze jours. Durant cette période apyrétique, il faut surveiller avec le plus grand soin l'alimentation des malades; le moindre écart de régime entraîne une récidive. L'auteur avoue que les récidives sont plus fréquentes qu'avec les autres méthodes de traitement.

On peut se demander, en présence de ces résultats, si le traitement mercuriel n'a pas simplement pour effet de ramener la température à un niveau voisin de l'état physiologique, sans abréger la durée de la maladie et sans diminuer sa gravité.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon, par le professeur G. Sée. — Paris, 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Pour faire suite à son livre récent sur la phtisie bacillaire, M. G. Sée vient de publier un second volume qui traite des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon. Dans ce groupe, il fait rentrer les bronchites aiguës, les pneumonies, la gangrène, la syphilis, le cancer et les vers hydatiques du poumon.

L'ouvrage comprend deux parties : la première se subdivise en trois chapitres principaux.

Dans un premier chapitre, M. G. Sée étudie, sous le titre de « maladies spécifiques aiguës des poumons », les bronchites

aiguës communes, les catarrhes epécifiqnes des bronches, parmi leequels la grippe occnpe nne place spéciale.

Un second chapitre comprend l'étude dee pneumonies aiguës, primitives ou secondaires, et des broncho-pneumonies; nous l'examinerons plus loin d'nne façon spéciale.

Un troisième chapitre, qui n'est pas le moins remarquable, et qni comprend presque la moitié de l'ouvrage, traite, d'une façon détaillée, de la thérapeutique des différentes modalités de la pneumonie, des bronchites catarrhales aiguës et des bronchites capillaires.

La seconde partie est réservée à l'étude de la syphilis et des kystes du poumon.

Le manque d'espace ne nous permet pas d'entrer dans l'analyse détaillée de cee nombreux chapitres. Ce ne serait pas non plus le meilleur moyen de donner aux lecteurs une idée exacte de l'œuvre nouvelle, car ce n'est pas dans la variété dee détails qu'il faut la considérer pour en apprécier le mérite, c'est surtout dans l'esprit qni a guidé l'anteur. Voilà pourquoi nous préférons nous appesantir snr le chapitre le plus important, celui qui est consacré à la pneumonie.

Pour M. G. Sée, la démonstration expérimentale de l'origine parasitaire de la pneumonie franche fibrineuse peut être considérée comme faite. « Cette pneumonie pent être reproduite chez les animanx; mais cette reprodnction est impossible avec les agents irritants ordinairee. Pour qne les lésions caractéristiques se développent, il faut qu'un agent spécifique, un microphyte spécial soit mis au contact du tissu pulmonaire et s'y multiplie. La pnenmonie, dite « fibrineuse franche », est donc une maladie infectieuse, non dans le sens de maladie générale, mais dans le sene de maladie parasitaire, microbienne. C'est une inflammation primitivement locale, comme le professaient Grisolle, Andral, mais une inflammation spécifique, produite et caractérisée par nn microphyte déterminé. Elle reste locale tant que le parasite ne dépasse pas les limites de l'appareil pulmonaire : c'est la pneumonie *simple;* elle s'étend et se généralise lorsqu'il envahit les organes environnants on qu'il pénètre dans la circnlation générale, soit par la voie lymphatique, soit par le système vasculaire sanguin; c'est la pneumonie *infectante.* » (page 94). Ce microphyte spécial, germe de la pneumonie franche, n'est autre que le coccus lancéolé de Talamon, le coccus à capsule de Friedlander.

Mais antour de la pneumonie aiguë franche se groupent les formes diverses des pneumoniee qu'on a qualifiées de *secondaires,* dont la nature des lésions a heaucoup occupé les anatomo-pathologistes. On n'a pas seulement eu de la peine à se mettre d'accord eur la nature et la signification de ces lésions, mais encore sur la légitimité des espéces nombreuses de pneumonies secondaires admises par les auteurs. M. G. Sée, envisageant la chose à un point de vue nouveau, pose en principe que, si l'on veut créer des espèces pneumoniques, il faut désormais en justifier l'existence par la constatation d'un parasite spécial, cause réelle de la léeion. Il ne veut plus de la division de Grisolle, qui appelait *primitive* la pneumonie qui frappe hrusquement un individu en pleine santé, et pneumonie *secondaire* celle qni se développe dans le cours d'un état morbide antérieur. Pour lui, qu'une pneumonie eurvienne chez un individu bien portant on chez un sujet atteint d'une affection antérieure, organique ou constitutionnelle, elle reste primitive, du moment qu'elle répond au type de la pneumonie fibrineuse franche, engendrée par le coccus lancéolé. Quant aux pneumonies secondaires, ce sont celles qui se développent dans le cours de maladies générales infectieuses, capables, par elles-mêmes, de provoquer l'inflammation des poumons; elles répondent le plus souvent au type des broncho-pneumonies.

Donc, pour M. G. Sée, l'étiologie parasitaire doit étre la base de toute tentative de classification étiologique des pneumonies; la création d'espéces pneumoniques repose désormais sur cette condition indispensable, la découverte du parasite propre à l'espéce. Cette condition est réalisée jusqu'à présent pour la pneumonie dite fibrineuse franche. M. G. Sée en voit la preuve dans les résultats des recherches de Friedlander, de Talamon, d'Afanassiew et de Cornil : l'inoculation des produits de culture du coccus lancéolé a développé chez des animaux des pnenmonies fibrineuses, résultat qui contraste avec l'impuissance hien démontrée des divers agents d'irritation physiques ou chimiques, employés jnsqu'alors pour prodnire une inflammation du parenchyme pulmonaire. D'ailleurs, l'histoire des épidémies de pneumonie, que M. G. Sée refait avec beaucoup de soin, était propre à faire naître le sonpçon d'un germe spécifique intervenant dans le développement de cettemaladie. Les conditions adjuvantes, individuelles on extérieures à l'individu, permettent de comprendre comment dans certains cas le germe répandu dans le milieu ambiant ne produira qne des cas sporadiques.

Si la preuve est faite, aux yeux de M. G. Sée, de la nature parasitaire de la pneumonie fibrineuse franche, on ne saurait en dire autant des pneumonies dites secondaires, de celles qui affectent le plns souvent le type de la broncho-pneumonie. Là, M. G. Sée en convient, on ne peut que tracer, d'après les acquisitions et les vues nouvelles, le cadre des espéces à créer, on ne saurait se passer de le remplir. Comme espéces présumables, dont la création est liée à la découverte d'nn microphyte spécial, M. G. Sée mentionne : les pneumonies rubéolique, diphthéritique, grippale; la pneumonie qui eurvient dans le cours de la coqueluche, de la variole et de la scarlatine, de l'érythéme noueux, du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre typhoïde, de la fièvre intermittente. Ces différentes espéces de pneumonies spécifiqnes sont étudiées dans autant de paragraphes spéciaux, surtout au point de vue des déductions pronostiques et thérapeutiques qu'on peut tirer de la notion étiologique.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que si cette notion a servi d'idée directrice à M. G. Sée, elle n'a laissé place à aucune antre préoccupation. Après avoir traité de l'étiologie de la pneumonie primitive et des pneumonies secondaires; il consacre, dans son livre, des développements importants à l'étnde de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, de la marche et des complications de la pneumonie considérée au point de vue purement clinique. Il passe en revue les formes individnelles de la maladie considérées suivant l'âge et l'état constitutionnel : pneumonie des enfants, pneumonie des vieillards, des goutteux, des diahétiques, des cardiaques, des cachectiquee; les formee anatomiques considérées au point de vue du degré et de la localisation de la lésion : pneumonies abortives, à rechutes, récidivante, pneumonie du sommet, pneumonie centrale, pneumonie ambulante, pneumonie donble, pneumonie massive, pneumonie avec bronchite, pleuro-pneumonie. Dans tous ces chapitres, la notion étiologiqne s'efface et la clinique reprend tous ses droits. Quand M. G. Sée déclarait, dans les premiers chapitres de son livre, qu'il ne faut pas se faire d'illusions sur la portée réelle dee résul-

tats acquis dans ces derniers temps en matière d'étiologie de la pneumonie, il sentait évidemment que, pour l'anatomo-pathologiste comme pour le clinicien, la pneumonie est encore ce qu'elle était avant la découverte du coccus lancéolé. Cette réflexion s'applique d'ailleurs à la thérapeutique. Si M. G. Sée a eu le mérite de condenser, dans les chapitres énumérés plus loin, la substance des travaux nombreux qui ont été consacrés à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie de la pneumonie, dans le chapitre de thérapeutique il trouve matière à exercer sa compétence personnelle indiscutable. Ce chapitre de thérapeutique est avant tout une étude critique. M. G. Sée discute la valeur des indications nombreuses qui ont été préconisées contre la pneumonie. Or, s'il pose en principe que, pour être efficace et rationnelle, une médication doit s'attaquer à l'élément parasitaire de la pneumonie, il arrive en fait à cette conclusion qu'aucune médication ne réalise jusqu'ici le *desideratum*, que les unes doivent être rejetées comme inutiles et dangereuses, tandis que les autres répondent à des indications que M. G. Sée a pris soin de bien préciser. C'est par là que le livre que nous analysons se recommande à la lecture des médecins désireux de se tenir au courant de la science. Ils y trouveront des renseignements très utiles sur les problèmes variés que soulève le traitement de la pneumonie. En faisant ressortir l'importance de ce chapitre, notre intention est de bien montrer le grand mérite qu'a eu le professeur G. Sée en s'efforçant de vulgariser les découvertes micro-biologiques, en cherchant à concilier ces découvertes avec les enseignements du passé. Il a fait, en cette circonstance, preuve d'un grand talent. De notre part, il y aurait témérité à porter un jugement sur des questions de doctrines qui soulèvent tant de controverses.

RAYMOND.

FORMULAIRE

SOLUTIONS POUR INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CAFÉINE.
(TANRET.)

1° Rec. Benzoate de soude. 2 gr. 95
Caféine . . . . . . 2 gr. 50
Eau distillée. . . . q. s. pour 100 cent. cubes.

M. s. a. Chaque centimètre cube contient 25 centigrammes de caféine.

2° Rec. Salicylate de soude. 3 gr. 10
Caféine. . . . . . . 4 grammes.
Eau distillée. . . . q. s. pour 100 cent. cubes.

Faire dissoudre à chaud. — Chaque centimètre cube de cette seconde solution contient 40 centigrammes de caféine.

La caféine est avantageusement substituée à l'éther pour combattre l'adynamie cardiaque. Dans les deux solutions formulées ci-dessus, elle existe à l'état de combinaison stable.

E. R.

BULLETIN

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION EN FRANCE

Suite. — Voir les numéros 10, 11 et 12.

Nous nous sommes arrêté un peu longuement au premier des quatre facteurs (diminution de la natalité) qui concourent à la décroissance de la population en France ; il nous a semblé que, dans l'étiologie et la prophylaxie du mal signalé, on n'avait pas fait à ce facteur toute la part qui lui revient, et c'est ce qui nous a engagé à lui consacrer de plus amples développements. Nous serons plus bref sur les trois autres.

MORTALITÉ. — Il y a à envisager la mortalité générale et la mortalité aux différents âges.

La mortalité générale croît-elle en France et est-elle supérieure à celle des autres pays ?

La statistique répond négativement à ces deux questions. Elle montre, relativement à la première, que, pendant les sept périodes décennales de 1801 à 1869, la mortalité a suivi une progression décroissante représentée, pour 1,000 habitants, par les chiffres : 28,6 — 26,07 — 24,8 — 24,6 — 23,18 — 23,72 — 22,87 (Bertillon), si bien que la durée de la vie moyenne, qui, avant cette époque, était de 28 ans, est de 37 ans aujourd'hui (J. Rochard).

En second lieu, cette mortalité générale, qui est descendue à 22,87 en France, a été, durant la même période décennale, de 22,68 en Angleterre ; — 32,52 en Autriche ; — 26,85 en Prusse ; — 36,85 en Russie ; — 29,05 en Saxe ; — 24,04 en Belgique ; — 29,58 en Espagne ; — 20,44 en Suède ; — 20,4 en Danemark ; — 18,9 en Norwège (Bertillon). Elle est donc égale ou inférieure à celle de la plupart des autres pays de l'Europe. Seuls, les pays scandinaves nous sont, à ce point de vue, supérieurs. Or, il est bon de remarquer, comme l'a fait M. Lombard (de Genève) dans un intéressant travail qu'il a communiqué au Congrès de Lyon en 1872, que, parmi les pays dont la mortalité générale est supérieure à celle de la France, il s'en trouve, comme l'Autriche, la Prusse, la Saxe, dont la période de doublement pour la population est beaucoup plus courte que chez nous. Ce qui établit donc notre infériorité, ce n'est pas l'excédant de la mortalité, mais le faible coefficient de notre natalité.

Si, de la mortalité générale, on passe à la mortalité suivant les âges et que l'on s'arrête tout d'abord à la mortalité pendant la première enfance, nous ne serions pas davantage, suivant M. Lombard, inférieurs à la plupart des autres pays. Sur 100 enfants nés vivants, on compterait, en effet, d'après lui, 15 décès en France, en Suède et en Belgique ; 18 en Hollande et en Prusse ; 26 en Autriche et en Saxe ; 29 en Bavière ; 13,6 en Danemark ; 18 en Norwège. Les pays septentrionaux seuls auraient encore ici l'avantage sur nous.

La statistique de M. Lombard est confirmée par celle de Bertillon. Suivant ce dernier auteur, sur 1,000 enfants vivants de 0 à 1 an, on compterait 156 décès en France et en Danemark ; 211,2 en Hollande ; 220,3 en Prusse ; 303 en Autriche ; 372,2 en Bavière ; 156 en Danemark ; 144,3 en Norwège. La moyenne de la mortalité infantile n'est donc pas plus forte en France que dans la plupart des autres pays de l'Europe. Mais, en raison de notre faible natalité, il faut qu'elle devienne inférieure pour établir comme une sorte de compensation, et tous ceux qui ont pris part au débat de l'Académie ont insisté avec raison sur la nécessité et l'urgence de résoudre pratiquement cette importante partie du problème.

Les causes de la mortalité infantile sont nombreuses ; mais les deux principales sont la misère et l'ignorance, qui marchent d'ailleurs le plus souvent de front. Dans l'un des derniers bulletins hebdomadaires de statistique municipale, M. J. Bertillon constate que la plupart des décès par diarrhée

infantile à Paris surviennent dans les faubourgs pauvres et n'existent pour ainsi dire pas dans les arrondissements riches. Tandis, par exemple, que l'arrondissement des Champs-Elysées fournit à la statistique 2 décès par diarrhée infantile, pendant le même laps de temps, l'arrondissement des Gobelins, qui possède une population à peu près égale, en fournit 42. A Bordeaux, d'après M. Marmisse, en Angleterre, d'après Bertillon, la mortalité infantile des familles pauvres, ou même de la population en général, dans laquelle d'ailleurs les pauvres dominent, serait avec la mortalité infantile des familles riches dans le rapport de 8 à 3. Tous les efforts des économistes et des hygiénistes doivent donc tendre à donner aux mères indigentes des secours suffisants pour nourrir, élever leurs enfants, et à combattre toutes les idées fausses, tous les préjugés qui, dans toutes les classes de la société, règnent encore sur l'hygiène de la première enfance.

Et, à ce dernier point de vue, l'intéressante communication de M. Fournier, concernant l'influence de la syphilis sur la mortalité infantile, montre qu'il ne suffit pas de s'occuper des enfants quand ils sont nés, mais qu'il faut encore se préoccuper d'eux avant leur conception, ou mieux avant le mariage, en accordant une attention plus sévère à la santé de ceux qui veulent s'unir et faire souche. La prophylaxie de la syphilis n'entre pas seule d'ailleurs dans les mesures d'hygiène publique propres à diminuer la morbidité et la mortalité infantiles : les maladies constitutionnelles comme la scrofule, la tuberculose, les intoxications comme l'alcoolisme doivent au même titre fixer l'attention de l'hygiéniste.

Nous n'insisterons pas davantage sur la mortalité infantile. La communication de M. Théophile Roussel à l'Académie de médecine doit avoir pour conséquence une nouvelle étude de la loi de protection à laquelle il a attaché son nom et dont il s'agit d'assurer et d'étendre partout les effets ; nous aurons donc l'occasion de revenir sur cet important sujet.

Quant à la mortalité aux autres âges de la vie, la diminution a été et sera toujours en rapport avec les progrès de l'hygiène et ceux de la fortune publique. Il est certain que jamais les questions d'hygiène générale ou d'hygiène professionnelle n'ont été l'objet d'études aussi sérieuses que de nos jours, et il est permis d'espérer de bons résultats des applications qu'on en saura faire. En ce qui concerne la fortune publique, nous n'avons ici rien à dire ; toutes les nations, à toutes les époques de leur existence, ont eu à traverser des crises : elles en ont triomphé par la sage et ferme direction des uns, le travail persévérant des autres ; celle que nous traversons ne saurait donc nous décourager.

Pour résumer en quelques mots ce qui revient à la mortalité dans l'étiologie de la dépopulation en France, nous dirons que, comparativement avec ce qui se passe dans les autres pays, cette cause agit moins d'une manière absolue que d'une manière relative. Dans le rapport de la natalité à la mortalité, qu'on nous permettra de représenter par la fraction $\frac{\text{natalité}}{\text{mortalité}}$, et qui, en Europe, donne surtout la mesure du mouvement de la population, le dénominateur est le même en France que dans les autres pays, mais le numérateur est plus faible : de là infériorité du rapport ou de la fraction, c'est-à-dire décroissance de notre population. Pour ramener la fraction à la valeur qu'elle a dans les autres pays, il faut donc ou accroître le numérateur (natalité), ou diminuer le dénominateur (mortalité) ou mieux encore faire concourir et converger les deux opérations. Nous avons vu ce qu'on peut faire pour la natalité : c'est principalement sur la mortalité infantile que devront concurremment porter les efforts des hygiénistes, des économistes et du gouvernement.

D^r F. de Ranse.

(A suivre.)

Ouverture du cours de pathologie interne.

Devant un auditoire très nombreux, composé d'étudiants et d'un certain nombre de professeurs de la Faculté, M. le professeur Damaschino a commencé son cours samedi, à trois heures.

Grâce aux nouveaux changements effectués dans le grand amphithéâtre, changements qui ont permis de transformer l'enseignement de la pathologie interne et de le rendre plus pratique et par conséquent plus profitable aux élèves, M. Damaschino a pu employer les projections à la lumière oxhydrique, méthode que M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, et M. le professeur Cornil, dans le petit amphithéâtre, ont déjà utilisée pour l'enseignement à la Faculté de médecine.

Il est, en effet, quelquefois pénible d'entendre parler, pendant une heure, des symptômes ou de l'anatomie pathologique d'une affection ; d'écouter ainsi la description d'une maladie que l'auditeur n'a pas sous les yeux : c'est un défaut inhérent à l'enseignement de la pathologie, qui ne peut pas s'appuyer, comme la chimie ou la physiologie, sur des expériences, comme l'anatomie sur les pièces préparées, comme la clinique sur le malade lui-même.

Ce que nous voyons aujourd'hui dans les cours s'est fait pour les livres depuis longtemps : il y a une trentaine d'années, les ouvrages scientifiques de physique, d'anatomie ou de médecine, ne contenaient ni gravures, ni dessins. On sait maintenant quel précieux secours, au point de vue de la facilité du travail et de la mémoire, ont apporté ces changements, dont on reconnaît surtout l'importance lorsque l'on vient à consulter des livres qui ont été imprimés sans planche, sans gravure, sans explication schématique.

Tandis que le professeur parle, l'élève écoute la description ; grâce aux projections, il peut suivre sur le tableau le développement exact des lésions, examiner les déformations, les attitudes pathologiques. On avait bien essayé de faciliter ces études par des schémas, des dessins qui étaient mis sous les yeux des auditeurs ; mais combien cette méthode est inférieure à celle dont nous avons pu apprécier les avantages au cours de M. Damaschino ! Un dessin, quelque bien exécuté qu'il soit, un schéma habilement composé, ne donnent jamais l'idée de la lésion, de la structure, avec autant de netteté et de précision qu'une photographie faite d'après nature ou qu'une préparation microscopique photographiée.

Après avoir remercié M. le doyen d'avoir bien voulu accorder l'installation nouvelle, M. Damaschino a commencé l'intéressante étude qui doit, cette année, être l'objet de son cours. Mais, avant d'aborder les maladies de la moelle, il a, avec un rare talent d'exposition, dans un style précis, traité de l'anatomie normale de la moelle, de manière à permettre aux élèves d'en suivre plus tard, avec profit, les lésions, les modifications de structure.

M. Damaschino a parlé, d'une façon très claire, de l'aspect macroscopique des différentes parties de la moelle ; puis il a continué par l'étude histologique de cet organe, expliquant

avec méthode la composition de la substance grise et de la substance blanche.

L'élocution brillante du maître qui avait su passer rapidement sur les faits généralement connus et faciles, insister sur les points obscurs ou difficiles à comprendre, avait permis, même aux jeunes étudiants, de saisir ces importantes descriptions.

La projection des coupes de moelle, qui ont toutes été préparées et photographiées par M. Damaschino, a encore rendu plus nettes et plus frappantes les savantes explications données par le professeur.

A. M.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans votre numéro du 21 mars, je lis une lettre de M. Albert Robin à l'adresse d'une note additionnelle de ma thèse. Il s'agit de la congestion rénale.

M. Robin me reproche de juger son travail sans même en avoir lu le titre. Je regrette d'être en complet désaccord avec lui; j'espère cependant que ce désaccord est plus apparent que réel.

L'exemplaire de ma thèse, non corrigé, soumise à mes juges le jour de sa soutenance, porte les termes suivants : « congestion dans les pyrexies », tandis que le manuscrit, comme les exemplaires d'auteur, portent : « congestion dont une pyrexie », expression qui rétablit le sens de la phrase. M. Robin lui-même a pu s'en convaincre dans l'entrevue toute cordiale que nous avons eue. Il n'y a donc ici qu'un malentendu.

Quant au fond même de la question, il est entièrement réservé dans la circonstance. M. A. Robin conserve les idées qu'il a émises sur la congestion rénale ; en ce qui me regarde, je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai exposé dans les exemplaires de ma thèse, corrigés bien avant l'apparition de la note de M. A. Robin.

Recevez, monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération,

TUFFIER.

Le désaccord portait sur deux points : le premier est résolu par une erreur d'imprimerie ; le second, ayant trait à l'existence autonome de la congestion rénale ; est hors de cause, puisque M. Tuffier n'a eu connaissance de mon travail qu'après la rédaction de sa thèse et n'a pu, par conséquent, le faire entrer en ligne de compte. Dans ces conditions, le différend doit être considéré comme terminé.

ALBERT ROBIN.

NOTES & INFORMATIONS

BANQUET OFFERT A M. GRANCHER. — Samedi dernier, près de 150 convives, maîtres, élèves ou amis de M. Grancher, fêtaient, dans les salons de l'hôtel Continental, sa récente nomination de professeur à la Faculté de médecine de Paris. Tous les invités avaient répondu à l'appel. La liste en eût pu être bien plus considérable et le résultat eût été le même : on sait de quelle sympathie universelle jouit le nouveau professeur. Mais il avait exprimé le désir que la fête se passât dans l'intimité, et une intimité de 150 personnes n'est pas déjà chose commune.

Le Président du banquet, M. Brouardel a porté le premier toast à son ancien élève, resté son ami et devenu son collègue. Puis M. Martin Nadaud, sénateur de la Creuse, a bu au succès de son compatriote. M. Teyssier (de Lyon) et M. Balzer ont été les fidèles interprètes des élèves de M. Grancher. Tous ces toasts ont été accueillis par d'unanimes applaudissements; mais ces applaudissements ont redoublé quand le héros de la fête a remercié tous ses amis de cette touchante et unanime expression de leurs sentiments. Dans cette réponse, vrai modèle du genre, M. Grancher a tenu à justifier tous les éloges qui venaient de lui être adressés et, d'une allocution où la banalité est un écueil le plus souvent difficile à éviter, il a su faire un morceau de choix.

— LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE tiendra sa séance solennelle le dimanche 29 mars 1885 à 1 h. 1/2 à l'hôtel de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle.

Ordre du jour :

1. Allocution de M. le professeur A. Duverger, président.
2. Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur Lunier, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général.
3. Rapport présenté au nom de la première commission des prix, par M. le docteur Decaisne.
4. Rapport présenté au nom de la troisième commission des prix, par M. Froc.
5. Rapport présenté au nom de la quatrième commission des prix, par M. Ch. Thierry-Mieg.
6. Rapport sur les récompenses à décerner en 1885, par M. Guignard.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fropo, médecin inspecteur des armées en retraite ; de M. le professeur Fr.-Théod. Frerichs, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A l'occasion des congés de Pâques, la Faculté de médecine de Paris sera fermée, du lundi 30 mars 1885 au samedi 11 avril inclusivement. Pendant ce temps, il n'y aura ni cours ni examens.

Le secrétariat sera fermé, du vendredi 3 au mercredi 7 avril inclusivement, les inscriptions seront délivrées les 1er et 2 avril, et les consignations seront reçues les 30 et 31 mars 1885.

— Les candidats inscrits pour le concours du prosectorat, au nombre de quinze, sont : MM. Assaki, Beurnier, Boiffin, Bres, Chaput, Clado, Damalix, Festal, Hache, Hallé, Hamonic, Hartmann, Metaxas, Phocas, Vallin.

— Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes s'est terminé par la nomination de M. le docteur Rouxeau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté du 23 mars 1885,

la chaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Légion d'honneur. — M. le professeur Brouardel est nomé commandeur de la Légion d'honneur, et M. Proust, officier, pour services rendus pendant l'épidémie cholérique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 15 février au samedi 14 mars 1885.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 1. — Rougeole 35. — Scarlatine 2. — Coqueluche 9. — Dipthérie, croup 33. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 190. — Autres tuberculoses 38. — Autres affections générales 85. — Malformation et débilité des âges extrêmes 56. — Bronchite aiguë 41. — Pneumonie 84. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 19. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 90. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 84. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1,088 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Considérations sur la taille hypogastrique, son manuel opératoire, son pansement, ses suites, par le docteur J. Girou, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Les accidents de l'organisme et leurs soins, d'après une nouvelle méthode. — Les Andes. — Observations médicales, par le docteur L.-A. Paoli, médecin principal de l'armée. Un volume in-8 de 560 pages, avec 4 planches hors texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Des troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par un instrument tranchant. — De la suture nerveuse ; sa valeur, par le docteur Paul Gilis, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Brochure in 8 de 70 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Electricité statique. — Manuel pratique de ses applications médicales, par le docteur A. Arthuis. Un volume in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon

Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par le docteur A. Corre. Un volume in-18 de 650 pages, avec 80 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. — Prix : broché, 5 fr., cartonné diamant, 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

ÉPIDÉMIOLOGIE

RECHERCHES ÉTIOLOGIQUES SUR LES ÉPIDÉMIES DE DYSENTÉRIE RÉGNANT PÉRIODIQUEMENT A SAINT-GERMAIN-EN-LAYE, par le docteur CHARLES AMAT.

I

L'étude des documents nosologiques permet de constater que la ville de Saint-Germain a de tout temps présenté des cas de dysentérie. L'affection, déterminée par des causes banales et suffisamment connues, sévissait d'une façon *sporadique*. Elle faisait de discrètes apparitions simultanées ou successives dans les divers quartiers, sans localisation particulière, et décroissait de l'été à l'hiver avec immunité à peu près complète pour le printemps.

Depuis trois ans la scène a complétement changé. Des influences pathogéniques toutes particulières ont provoqué l'apparition de véritables *épidémies* toujours grandissantes, toujours redoutables, dont il importe de retracer les principales phases.

Année 1882. — Le 16 juillet au soir, le concierge d'une brasserie, sise au n° 14 de la rue de Versailles, est atteint d'une dysentérie grave qui le tient trois semaines au lit. Viennent ensuite, dans les dix derniers jours du mois et même rue, entre l'établissement précité et le casernement du 11e chasseurs, deux autres cas. Ultérieurement et dans les débuts d'août, paraissent de nouveaux malades dont trois succombent.

Le premier militaire éprouvé par le mal se présente le 20 juillet; il provient du dépôt du 18e chasseurs dont le casernement confine à la rue de Versailles. L'affection, propagée de là aux différents escadrons du régiment voisin et aux petites fractions d'ouvriers d'administration et d'artilleurs, suit la marche indiquée ci-contre :

Le présent tableau signale l'effectif moyen des corps et le tribut payé par chacun d'eux :

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

I. Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-general's Office, United-States Army. Authors and Subjects, vol. V. Flaccus-Hearth, in-4, 11-1055, p. Washington, 1884. — II. Notice sur Gabriel-François Renaud, me en pharmacie à Saint-Dié, correspondant de la Société R. de médecine de Paris (1751-1821), par Henry Bardy, pharmacien de première classe. Saint-Dié, in-8, 14 p. — III. Restes du culte des divinités topiques dans la Charente, par A.-F. Lièvre. Angoulême, 1883, in-8, 36 p. — IV. L'acqua del Legno e le cure depurative nel cinquecenti. Nota di Corradi A. Milan, 1884, in-8, 36 p.

I. — A tout seigneur, tout honneur! L'Index-Catalogue de la bibliothèque médicale du département de la guerre des Etats-Unis est véritablement un monument historique; impossible, sans le consulter, d'écrire sur un sujet qui intéresse la médecine. Nous l'avons déjà dit à nos lecteurs, nous le répétons aujourd'hui le Ve volume de ce catalogue en mains, ce n'est pas un répertoire complet des imprimés médicaux, c'est un simple catalogue, mais un catalogue, non seulement des ouvrages renfermés dans la plus grande bibliothèque médicale que l'on connaisse, mais aussi un index des articles que contiennent les périodiques. Ce cinquième volume comprend pour les mots *Flaccus* à *Hearth*, 15,555 noms d'auteurs, soit 5,755 volumes et 12,596 brochures. Il donne les titres de 8,069 articles — matières, extraits de livres et brochures, et 34,127 titres d'articles de périodiques. Ouvrons-le, au hasard, en choisissant les petits articles. Au mot *Ganglion*, nous trouvons cent indications bibliographiques; au mot *Hémoglobine*, soixante. Pour les grands mots, *Tête*, par exemple, nous aurons à lire 112 colonnes, la plupart de 96 lignes!

Bref, félicitons de nouveau l'auteur de cet immense labeur, notre excellent confrère et ami, M. le docteur Billings. Son nom est universellement connu, de même que son obligeance parfaite. Félicitons aussi le Département de la guerre de Washington, pour la munificence avec laquelle il distribue ce répertoire si utile, indispensable à tous ceux qui travaillent. Que de sources pré-

	11e chasseurs.	18e chasseurs.	ouvr. d'adm.	Totaux
	—	—	—	—
Effectif moyen	889	170	15	1074
Dysentéries hospitalières	58	13	2 }	89
— traitées à l'infirmerie.	11	5	» }	
Décès	2	1	»	3

La morbidité est de 8,29 p. 100.

La plupart des invasions se répartissent assez uniformément sur tous les jours compris entre le 24 juillet et le 20 septembre; trois cas seulement assez espacés se montrent après cette dernière date. L'affection devient bénigne à partir du 12 août.

Il demeure établi, *sans conteste*, que la dysentérie a débuté cette année *en dehors du milieu militaire* : il n'y a vraiment pas lieu de supposer que si le foyer de la maladie avait appartenu aux casernements, un civil d'une rue voisine, marié, âgé de 30 ans et bien nourri, en aurait subi l'influence avant une agglomération de jeunes gens de 20 à 24 ans, fatigués à cette époque par les exercices du terrain de manœuvre. Sans aller jusqu'à cette opinion que les cas de dysentérie de la population voisine des quartiers ont créé un foyer contaminateur de la population militaire, nous croyons devoir admettre *une influence subie en commun* par l'une et par l'autre. Et, pour repousser l'action pathogénique que l'on serait peut-être *quand même* tenté d'attribuer à nos cavaliers, nous demanderions s'ils doivent être également responsables des dysentéries survenues aux quatre coins de la ville, pour ne pas préciser davantage.

Durant cette épidémie, un élément important du problème est fourni du reste par le départ du 11e chasseurs pour les grandes manœuvres de Bléré. A la date du 9 août, c'est-à-dire au moment même où le mal sévissait avec le plus d'intensité, 375 cavaliers, dont 39 sous-officiers et 34 officiers, se rendent en dix-sept étapes consécutives dans un village de Touraine, où ils séjournent quinze jours. Au total, ces hommes passent quatre semaines hors de Saint-Germain, où était restée une forte portion, 350 hommes.

Dans la fraction en déplacement éclatent vingt dysentéries, dont treize nécessitent l'hospitalisation; neuf, pendant la route, du 9 au 14 août; quatre, après l'arrivée au cantonnement définitif, du 15 au 20 du même mois. Mais les dates d'envoi à l'hôpital ne sont pas celles de l'invasion du mal; des 20 dysentériques en question, 5 avaient éprouvé avant le départ les premières manifestations de l'affection et l'avaient dissimulé de leur propre aveu ultérieur; chez les 15 autres, aucune atteinte ne fut postérieure au 17 août.

Du 9 août au 6 septembre, les 350 hommes restés à Saint-Germain fournissent 26 hospitalisés; chez 4, dont 1 mourut, la date d'invasion était antérieure au départ du 9 août; chez 4 autres, elle varia du 10 au 17; enfin, dans treize circonstances, elle fut postérieure. Il faut ajouter deux autres cas envoyés à l'hôpital après la rentrée des manœuvres, c'est-à-dire après le 6 septembre, mais contractée avant cette même époque.

De cette comparaison entre les deux fractions du régiment, il résulte que dans celle en déplacement *aucun cas de dysentérie n'a éclaté huit jours après le départ de Saint-Germain*; dans l'autre, au contraire, le mal a continué ses sévices sur quinze nouveaux cavaliers. Or la première portion subissait de réelles fatigues absolument épargnées à la deuxième (étapes de 50 à 60 kilomètres d'une seule traite, avec chaleurs excessives, pluies torrentielles, sommeil limité) et offrait à l'épidémie un terrain plus favorable que celle restée à Saint-Germain; en outre, le chiffre de son effectif était supérieur. Il n'y a donc pas lieu de douter que, par son départ, cette fraction du régiment n'ait été soustraite aux conditions déterminantes de la dysentérie, conditions qui jusqu'au matin du 9 août avaient exercé sur elle leur influence nocive et assez profondément touché l'organisme de quelques hommes pour que la maladie éclatât chez eux durant les huit premiers jours de route.

Année 1883. — Le 5 juillet 1883, c'est-à-dire plus tôt que l'année précédente, commence une deuxième épidémie qui, terminée le 25 octobre seulement, dure par conséquent plus longtemps que la première. La dysentérie signalée tout d'abord au 18e chasseurs apparaît très peu après et presque au même moment dans le régiment voisin et chez la population urbaine sans localisation particulière.

Le tracé ci-joint répartit par jour les hospitalisations :

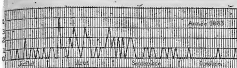
---

cieuses il leur donne, que de perte de temps il leur évite. Nous avons intérêt, bibliothécaires et travailleurs, à compléter cet index, en envoyant à Washington les périodiques qui lui manquent, les brochures dont il est friand; et, volontiers, nous servons d'intermédiaire, en cette circonstance, à ceux de nos lecteurs qui ont des doubles inutiles, et cela sans frais pour eux, les Etats-Unis se chargeant du transport.

— Que disait-on, ces jours-ci, l'*Index medicus* se meurt! L'*Index Medicus* est mort! L'*Index Medicus*, le complément du catalogue de Washington! Cela n'est pas possible, ce serait une perte irréparable. Les journaux américains arrivés hier annoncent que le recueil mensuel, dirigé avec tant de sagacité et de persévérance par MM. Billings et Fletcher, ne tardera pas à reparaître. Espérons en cette bonne nouvelle et renouvelons nos abonnements.

II. — Maître Gabriel Renaud (de Rambervilliers), dont l'un des successeurs, M. Bardy, nous retrace l'histoire, était un homme d'esprit et un savant. Comme savant, il a l'un des premiers appliqué l'électricité à la thérapeutique; il s'est occupé de botanique et de météorologie. Comme homme d'esprit, il écrivit un jour une lettre charmante au Journal de Lorraine, qui avait inséré une missive dont l'auteur inconnu avait pris son nom : « Monsieur, « disait Renaud, j'ai été fort surpris à l'ouverture de votre journal « d'y trouver une copie d'une lettre que l'on vous a écrite sous « mon nom. Je la désavoue, n'étant pas de moi. Je ne suis ni « poète, ni auteur, encore bien moins critique; je suis simplement apothicaire, et je me contente de faire ma thériaque et de « donner des clystères... », et il continue sur ce ton de se moquer de son sosie imprudent. Renaud disputa bien quelque peu avec les chirurgiens et bourgeois de son temps, et leur lutte est restée une lutte qui est une des causes célèbres de l'histoire locale.

III. — J'ai toujours signalé dans mes notes, écrites au jour le jour, ceux des travaux des archéologues qui peuvent offrir quelque intérêt pour l'histoire des fontaines miraculeuses. Très souvent les sources ont leur spécialité thérapeutique. La notice de M. A. Lièvre n'est qu'une utile nomenclature; je l'engage vivement, lui qui possède à fond son histoire de la Charente, à nous donner un mémoire complet sur la question.



L'effectif moyen des corps et le nombre des malades qu'ils fournissent est ci-dessous indiqué :

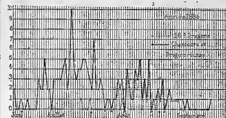
	11ᵉ chasseurs.	18ᵉ chasseurs.	ouvr. d'ad.	Totaux
Effectif moyen	884	168	20	1.072
Dysentéries hospitalières	52	22	2	134
— traitées à l'infirmerie.	43	15	»	
Décès	»	2	»	2

La morbidité est de 12.50 %.

Il y a lieu de distinguer trois périodes dans la marche de cette épidémie : une première allant du 8 juillet au 5 août et comprenant 11 cas sans gravité ; une deuxième, du 7 août au 15 septembre, pendant laquelle éclatent 73 cas, à raison de 3, 4 et 5 malades par jour. C'est dans cette seconde série, déja caractéristique par l'extrême fréquence des hommes atteints, que furent réparties 21 dysentéries véritablement graves, soit par l'intensité des symptômes propres à l'affection, soit par les complications de rhumatisme, de fièvre intermittente ou d'éruption rubéolique qu'elles présentèrent. La troisième période de quinze cas bénins, comprise entre le 16 septembre et le 26 octobre, constitue la période de déclin.

On peut dire en résumé que si cette épidémie a été un peu moins sévère dans ses résultats qu'un an auparavant (2 décès au lieu de 3), elle a été de plus longue durée et a frappé un plus grand nombre d'hommes.

Année 1884. — Le premier cas de dysentérie survient cette année au 11ᵉ chasseurs, et c'est à la date du 27 juin qu'il est envoyé à l'hôpital. Le même régiment fournit un second malade le 30 du même mois. Le 3 juillet, nouvelle atteinte ; le 8, c'est-à-dire cinq jours après, ont lieu trois entrées pour la même affection. Le début de l'épidémie remontant au 27 juin ne frappe le dépôt du 18ᵉ chasseurs que le 9 juillet. *Le mal commence plus tôt que les années précédentes*, et il sévit *à la fois* sur un plus grand nombre de cavaliers. Rien qu'à l'inspection du tracé ci-joint, on voit que les envois à l'hôpital de trois, de quatre et de cinq, sont assez fréquents. Enfin, le 23 juillet, dix hospitalisations ont dû avoir lieu.



Dès la fin de juin, c'est-à-dire au moment où les premiers cas se déclaraient dans le milieu militaire, des dysentéries nombreuses et graves éclataient aux quatre coins de Saint-Germain. D'après les renseignements fournis par plusieurs de nos confrères civils, il est indubitablement avéré qu'il y a eu *apparition simultanée du mal dans les endroits les plus éloignés les uns des autres.* N'est-il pas à présumer dans ces conditions qu'un facteur pathogène identique devait être mis en cause? Cette façon d'envisager les faits est du reste complètement corroborée par les données suivantes. Au moment où l'affection décroissait dans la garnison par suite de mesures capitales contre la cause supposée nuisible, le 16ᵉ régiment de dragons arrivait au camp de Saint-Germain : il fuyait les influences morbifiques de son casernement à Paris où quelques fièvres typhoïdes venaient de se déclarer. Peu de jours après l'installation, la dysentérie sévissait parmi eux. Pourra-t-on incriminer l'infection du sol, le méphitisme des chambrées, l'odeur des fumiers, comme on a voulu le faire à tort, suivant nous, pour nos quartiers? Mais ils étaient baraqués en pleine forêt et pendant une période où le travail journalier subissait une accalmie réelle.

A ce dernier point de vue, l'étude de la courbe ci-dessus est fort instructive. On peut voir tout d'abord que du 27 juin au 6 août, l'épidémie sévit avec une intensité excessive. Non seulement elle commence de bonne heure, mais encore elle atteint à la fois un nombre considérable de cavaliers. On corrige l'eau

---

IV. — Les excellentes cartes de visite de M. le professeur Corradi se succèdent sans interruption. La dernière, reçue sous forme de brochure de 36 pages, est un travail extrait des *Annali universali di medicina* de Milan. Il s'agit de trois lettres inédites d'Annibal Carro, publiées pour la première fois, en 1821, par l'abbé Francesco Cancellieri. Dans ces lettres, le secrétaire de la maison Farnèso fait l'éloge du *buon legno*, du *legno santo*, dont se trouvent bien deux cardinaux ; ils le recommandent à un troisième. Or, le *legno santo*, c'est le gaïac, c'est-à-dire le médicament par excellence, en ces temps-là, du *mal français*. De sorte que trois cardinaux..... *Proh pudor!* Eh bien, non, la légende qui a fait son tour du monde est fausse, non, ajoute M. Corradi, parce que la dignité des personnages exclut la possibilité du fait, mais pour des raisons tout historiques; et le savant professeur de Pavie explique, avec sa sagacité ordinaire, l'origine thérapeutique du bois de gaïac. L'on en fit dès le début une eau purgative. Elle eut un privilège des papes ; ce fut une panacée, on l'appela l'eau sainte, et lorsque le *mal* dit *français* vint troubler les esprits des malades et de leurs médecins, on songea à *l'eau sainte*, au *bois saint* qui guérissait tant de choses, d'où le quiproquo. Il faut lire ce nouveau travail de notre confrère de Pavie. C'est là de la bonne érudition, unie à beaucoup d'esprit, d'une lecture facile et attrayante.

Dr A. DUREAU.

(A suivre.)

BUREAU DE BIENFAISANCE. — MM. les médecins du XVIIe arrondissement de Paris sont informés que, le vendredi 10 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— MM. les médecins du XIIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 12 avril 1885, il sera procédé, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

— Le banquet de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu au café Riche, rue Lepelletier, n° 1, le mercredi 8 avril à 7 heures du soir.

On s'inscrit chez les docteurs Commenge, Barbette, Passant, Gibert, Lecoconnier, Fèvre, Lecoin, Lenoir, Toledano et Chevallereau.

Le prix de la souscription est de 15 francs.

par l'ébullition à la date du 5 et 6 août et la morbidité baisse tout à coup et disparaît. Si elle se montre encore, c'est pour sévir exclusivement sur le 16e régiment de dragons.

L'étude des faits précédemment signalés nous paraît démontrer d'une façon péremptoire que depuis trois ans la ville de Saint-Germain se trouve sous des influences pathogéniques spéciales, que les épidémies de dysentérie naissent de ces influences; que les atteintes croissent en nombre; qu'elles affectent une malignité progressive dans la population civile.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

OSTÉO-SARCOME DE LA CLAVICULE; RÉSECTION DES TROIS QUARTS EXTERNES DE CET OS; GUÉRISON AVEC CONSERVATION DE TOUS LES MOUVEMENTS DU BRAS, par M. POLAILLON, chirurgien de la Pitié.

Le nommé Emile M..., âgé de 16 ans, m'a été adressé, le 26 janvier dernier, par mon honorable confrère et ami, le docteur Dromain, pour être admis dans mon service de la Pitié.

Ce jeune malade ne présente aucun antécédent pathologique, et, à sa connaissance, aucun membre de sa famille n'a été atteint de tumeur.

Il y a dix-huit mois, une tuméfaction se montra sur la face supérieure de l'extrémité externe de la clavicule droite. Comme elle ne gênait pas les mouvements de l'épaule et qu'elle n'était pas douloureuse, on n'y prêta pas, d'abord, grande attention. Puis son volume augmentant sans cesse, on fit des applications répétées de teinture d'iode, qui ne produisirent aucun effet. D'ailleurs sa santé se conservait très bonne. Ce n'est que l'accroissement considérable de la tumeur qui décida le jeune malade à demander son ablation.

Sur la moitié externe de la clavicule droite, et faisant corps avec elle, existe une tumeur grosse comme le poing, d'une consistance osseuse, un peu bosselée à sa surface. En avant, elle dépasse légèrement le bord de la clavicule; en arrière, elle s'étale dans la fosse sus-épineuse; en dedans, elle fait une saillie anguleuse très prononcée dans le triangle sus-claviculaire. La peau est absolument normale. La pression sur la tumeur est indolore, excepté au niveau de la saillie qui surmonte le creux sus-claviculaire. Le malade ne souffre spontanément ni le jour ni la nuit. Mais il éprouve quelques douleurs au niveau des insertions supérieures du deltoïde, lorsqu'il écrit pendant longtemps. Les mouvements brusques du bras sont aussi un peu douloureux. Le mouvement d'élévation est surtout pénible et très limité.

L'innervation et la circulation du membre supérieur droit ne sont en rien troublées. Le pouls radial est normal, aussi fort que du côté gauche. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Rien, en un mot, n'indique qu'il y a une compression des troncs vasculaires ou nerveux au niveau de la clavicule malade.

Les ganglions cervicaux et axillaires sont sains.

Lorsqu'on saisit la tumeur, on sent qu'elle est mobile avec la clavicule.

En soulevant le moignon de l'épaule, on constate qu'elle se détache de la partie supérieure de la poitrine, et qu'elle n'a pas contracté des adhérences dans la profondeur avec la première côte ou les tissus voisins. En faisant contracter le trapèze, il est aisé de s'assurer que les insertions claviculaires de ce muscle se confondent avec la masse morbide.

De l'ensemble de ces signes, nous concluons qu'il s'agit d'un sarcome de la clavicule, sans compression vasculaire ou nerveuse, et sans adhérence avec les parties profondes.

L'opération eut lieu le 29 janvier, sous le spray phéniqué et pendant la chloroformisation. Le docteur Dromain assistait à l'opération.

Je fis une incision en fer-à-cheval qui, partant de l'insertion du sterno-mastoïdien, suivit le bord antérieur de la clavicule, contourna le moignon de l'épaule et, cheminant en arrière sur la fosse sus-épineuse, vint se terminer en dedans de la tumeur. Il en résulta un vaste lambeau dont la base répondait au cou. Ce lambeau ayant été disséqué, sans raser de trop près les tissus malades, il me fut facile de sectionner la clavicule avec une pince de Liston immédiatement en dehors de l'insertion du sterno-mastoïdien, puis de désarticuler son extrémité externe. Pour isoler la tumeur, il fallut couper les fibres du deltoïde et du trapèze qui viennent s'insérer à la clavicule. Il suffit ensuite d'attirer en haut et en dehors la portion sectionnée de cet os, pour terminer l'ablation, sans risquer de blesser le paquet vasculo-nerveux.

Après quelques ligatures avec des fils de catgut placées sur les vaisseaux qui donnaient du sang, le lambeau fut rabattu et suturé. Un drain fut établi à la partie postérieure de l'incision. Pansement de Lister complété par une compression avec de la ouate. Je recommandai au malade de tenir la tête inclinée sur le côté droit, afin que le lambeau ne fut pas tiraillé.

Le pansement fut renouvelé les 31 janvier, 4 et 6 février. A cette date la plupart des points de suture étaient enlevés. Les lèvres de l'incision tendaient un peu à s'écarter, parce que le lambeau était attiré en dedans par les mouvements de la tête et du cou, qu'il était bien difficile de supprimer complètement. Un peu de suppuration à la face profonde du lambeau.

Le 13 février, quatrième pansement; les dernières sutures sont enlevées. Le drain est retiré. L'écartement des lèvres de l'incision est de plus en plus marqué. Il s'est formé à ce niveau une zone de bourgeons charnus de bonne nature. La face profonde du lambeau est réunie aux parties sous-jacentes.

Depuis l'opération, l'état général a toujours été excellent.

Le 9 mars, Emile M... sort de la Pitié.

Le 25 mars, je présente cet opéré à la Société de chirurgie. La déformation qui résulte de l'ablation des trois quarts externes de la clavicule est à peine visible. Le bord antérieur de l'épaule est un peu aplati; sa face supérieure, un peu déprimée. Comparativement à l'épaule du côté sain, l'épaule du côté opéré n'est pas portée en avant ni tombante. Il faut y regarder de très près pour constater une légère différence avec le côté sain. La cicatrice de l'incision en fer à cheval est formée par du tissu inodulaire exubérant.

Quant aux mouvements, on constate qu'ils sont intacts. L'opéré élève facilement le bras et le maintient dans une position horizontale. Il peut le placer derrière la tête et sur le sommet de celle-ci. Il peut aussi porter sa main derrière le dos. Lorsqu'il est habillé, on ne se douterait pas qu'il a perdu une grande partie de sa clavicule.

(1) Observation d'après les détails recueillis par M. Chrétien, interne du service.

REVUE CRITIQUE

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

(Session de janvier 1885.)

Suite et fin. — Voir les numéros 8, 9 et 10.

Une intéressante discussion s'est ouverte sur le traitement du *décollement de la rétine*. Cette discussion a prouvé que nous n'avons pas encore un moyen sûr de guérir cette terrible maladie, mais que, dans les cas de décollements récents, un certain nombre de méthodes donnent de très bons résultats.

M. DRANSART a retiré de grands avantages de l'*iridectomie*. Il a opéré par cette méthode 23 cas de décollement de la rétine, qui se répartissent en trois catégories :

Première catégorie : recollements complets	7
Deuxième catégorie : recollements incomplets. . . .	12
Troisième catégorie : recollements nuls	4
Total. . . .	23

Tous ces cas ont été pris au hasard de la clinique sans faire le moindre choix. Parmi ces cas, il y a des décollements dont la date remonte à deux et même six ans.

Dans la première catégorie, l'acuité visuelle récupérée a été très variable : 1/4, 1/6, 1/10 et même 1/100' ; chez les deux plus jeunes sujets seulement, l'acuité visuelle est revenue à peu près à son taux normal.

Dans la seconde catégorie, le maximum d'acuité visuelle obtenu a été 1/6 et le minimum 1/100'. L'un de ces malades, qui avait perdu complètement l'œil congénère, travaille actuellement et gagne sa vie avec l'œil qui lui reste, et qui a été opéré et soigné par la méthode de l'auteur.

La troisième catégorie comprend tous les cas (4) où l'acuité visuelle récupérée n'a pas dépassé 1/100'.

M. Dransart signale les relations cliniques qui existent entre le glaucome, la myopie et le décollement de la rétine, affections qui présentent à un haut degré des troubles de la circulation oculaire. Il y a donc lieu, dit-il, de diriger contre ces trois processus l'opération qui régularise par excellence la circulation intra-oculaire, l'iridectomie, en y ajoutant, le cas échéant, d'autres adjuvants qui agissent dans le même sens.

M. Dransart est très partisan du repos absolu de l'organe et de la compression, après les opérations dirigées contre le décollement de la rétine.

Il cite ensuite quelques observations de décollement de la rétine, dans lesquelles il a vu se produire des synéchies postérieures à la suite de l'iridectomie. Il combat avec succès le processus inflammatoire irido-choroïdien par la pommade d'hydrargyre, les sangsues, le vésicatoire, le seton.

M. DIANOUX, à l'occasion de la communication précédente, rappelle ses recherches sur le traitement du décollement de la rétine par les injections de pilocarpine. Cette méthode, qui lui a procuré au début quelques bons résultats, ne lui a pas donné dans la suite ce que ses premiers succès lui avaient fait espérer. Il est aujourd'hui éclectique et se sert de toutes les opérations proposées contre cette affection.

M. FIEUZAL fait remarquer la différence dans les résultats thérapeutiques obtenus dans le décollement de la rétine, suivant que le cas est ancien ou récent. Dans quelques cas anciens, avec décollement considérable, il s'est très bien trouvé des cautérisations ponctuées pratiquées au moyen du galvanocautère sur la sclérotique, dans le point correspondant au décollement.

Dans les cas récents, il emploie le procédé de Wolf, qui réussit très souvent. Il fait ressortir la supériorité de ce procédé sur la ponction simple et fait remarquer qu'il faut découvrir assez largement la sclérotique, l'inciser dans une certaine étendue dans le point correspondant au décollement, afin de pouvoir évacuer le liquide sous-rétinien.

— La connaissance des *anomalies congénitales du fond de l'œil, et de la papille en particulier*, offre une importance pratique qu'il importe de faire ressortir. Elle est indispensable si l'on veut donner une assise solide à l'étude ophthalmoscopique des affections profondes de l'œil.

L'extension anormale des éléments celluleux qui constituent la lame criblée, se révèle à l'ophthalmoscope par un changement de coloration portant sur une partie plus ou moins étendue de la papille. On doit tout d'abord remarquer que, même dans des conditions normales de développement de la lame criblée, la coloration papillaire peut montrer des différences sensibles suivant : 1° l'épaisseur du tissu nerveux qui recouvre la lame ; 2° la vascularisation plus ou moins accusée de ce tissu ; 3° la direction qu'affectent les fibres nerveuses pour gagner la rétine.

Pour ce qui regarde cette troisième influence, M. MASSELON fait observer que plus les fibres nerveuses tendent à prendre promptement une direction parallèle à la lame criblée, après avoir franchi celle-ci, et plus le reflet blanc bleuté du tissu cellulo-fibreux de la lame parvient aisément à l'observateur, la coloration rosée habituelle de la papille étant surtout marquée lorsque les fibres marchent d'arrière en avant et ne se recourbent qu'au moment où elles ont atteint le niveau de la couche des fibres nerveuses. En effet, si les fibres nerveuses qui constituent la papille se présentent longitudinalement, et non perpendiculairement, elles offrent la même transparence que la rétine elle-même.

On sait que la lame criblée tire son origine de trois sources : du cordon connectif qui enveloppe les vaisseaux centraux, de la sclérotique et de la choroïde. Suivant que l'une ou l'autre de ces parties prendra une extension exagérée, il en résultera que l'on constatera sur le disque de la papille, ou aussi à son voisinage, des productions blanchâtres légèrement teintées de bleu qui viendront modifier notablement l'image sous laquelle se présente ordinairement la papille.

La seule anomalie avec laquelle une confusion pourrait être faite consiste dans la présence de fibres nerveuses à double contour. Mais deux circonstances permettent d'établir une distinction très nette : d'abord les fibres nerveuses, qu'elles soient opaques ou non, affectent constamment une direction variée. D'autre part en aucun cas les plaques de fibres nerveuses opaques ne sont en continuité avec la lame criblée ; il existe toujours à partir de celle-ci une certaine étendue dans laquelle la fibre nerveuse qui doit reprendre sa gaîne de myéline s'en trouve dépouillée.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les dessins que présente M. Masselon pour voir qu'il s'agit, suivant l'auteur, de toute autre chose. Les productions blanchâtres qu'ils représentent ont d'abord, en général, une direction bien différente de celle des fibres nerveuses et en second lieu sont en continuité avec la lame criblée.

P. REDARD.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Chirurgie

I. L'acide lactique employé comme moyen de destruction des tissus pathogènes, par le docteur Mosetig-Moorhof, de Vienne(1).—II. Sur cent opérations de laparotomie dans des cas de tumeurs des organes génitaux, par le professeur K. Braun et von Fernwald (2). — III. Vingt-sept laparotomies, par le docteur Slaviansky (3). — IV. La laparotomie dans les cas d'occlusion intestinale, par le docteur Schramm (4). — V. Quatre opérations avec ouverture du péritoine chez des enfants, par le docteur Wagner (5). — VI. Laparotomie dans deux cas d'occlusion intestinale, par Boston (6). — VII. Deux cas de laparotomie pour cause d'étranglement interne, par Morisani (7). — VIII. Calcul biliaire volumineux comme cause d'occlusion intestinale; laparotomie, par le docteur Taylor (8). — IX. Traitement de l'occlusion intestinale par le lavage de l'estomac (deux cas de guérison), par le docteur Cahn (9).

I. A l'occasion de recherches qu'il a faites pour étudier l'action locale de l'acide lactique sur les granulations fongueuses, Mosetig-Moorhof a constaté que cet acide est doué de la propriété de détruire des tissus pathogènes sans entamer les tissus sains. Cette constatation a été faite dans des cas de fongosités, de lupus vulgaire, d'épithélioma superficiel, de papillome plat étalé. Le tissu malade était en quelque sorte dissous dans l'acide lactique et transformé en bouillie, tandis que les tissus circonvoisins et les îlots de tissu sain compris dans la zone néoplasique restaient intacts. Le mode d'application de l'acide lactique a été le suivant :

Au moyen de bandes de diachylon ou simplement de cérat, on protégeait la zone circonvoisine de tissu sain. Un morceau de toile, de même grandeur que la surface d'application, ou mieux une couche de coton hydrophile était imprégnée d'une solution concentrée d'acide lactique et maintenue en contact avec la néoplasie, au moyen d'une couche de onate fixée en place à l'aide d'une bande modérément serrée. M. Mosetig a employé encore une pâte préparée avec de l'acide lactique et de l'acide salicylique. Le topique était laissé en place pendant douze heures. Au bout de ce temps, le pansement était enlevé et la surface d'application détergée avec soin. Pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, on ne mettait en contact avec elle que de l'eau simple. Puis on faisait une nouvelle application d'acide lactique, et ainsi de suite. Même les applications d'une solution très concentrée d'acide lactique ne développent pas de douleur et sont très bien supportées par les enfants comme par les adultes. Pour obtenir la destruction d'une néoplasie du genre de celles qui ont été mentionnées plus haut, il a fallu faire en moyenne 6 à 7 applications, ce qui, en tenant compte des intervalles de repos, nécessite une durée de trois semaines environ.

II. Le mémoire de Karl Braun et von Fernwald comprend un exposé des résultats opératoires obtenus dans 100 cas de tumeurs des organes génitaux, chez des femmes, où l'on a eu recours à la laparotomie. Ces 100 cas, opérés à la clinique gynécologique de l'Université de Vienne, se décomposent de la façon suivante :

Première série : 74 laparotomies dans des cas de cystomes, de kystes dermoïdes des ovaires ou des ligaments larges.

Deuxième série : 10 laparotomies dans des cas de tumeurs malignes solides (carcinome ou sarcome) des ovaires ou des ligaments larges.

Troisième série : 16 opérations de myomotomie avec ou sans hystérectomie, dans des cas de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Les particularités relatives à ces différents cas sont exposées sous forme de tableaux. Pour ce qui concerne les résultats obtenus, nous relevons ce qui suit :

	Guérisons.	Morts.
Sur l'ensemble des 100 laparotomies.....	73	27
Sur les 84 laparotomies des 1re et 2e séries.	63	21
— 74 — de la 1re série...	60	14
— 10 — de la 2e série...	3	7
— 16 myomotomies (3e série)......	10	6
— 64 ovariotomies sans hystérectomie	54	10
— 10 — avec hystérectomie	6	4
— 56 — dans des cas de tumeurs pédiculées	49	7
— 18 parovariotomies du ligament large	11	7
— 9 énucléations de kystes parovariques..................	7	2
— 3 décortications d'un kystome avec drainage du sac..........	1	2
— 7 cas d'extraction manuelle du contenu du kyste...........	5	2

Quant aux causes de mort, on trouve mentionné :

Dans 18 cas, la péritonite.
» 2 » des hémorrhagies.
» 1 » la septicémie compliquant le marasme sénile.
» 2 » le shock.
» 1 » la dégénérescence carcinomateuse du péritoine.
» 1 » la tuberculisation du péritoine + embolie de l'artère pulmonaire.
» 2 » sans mention de la cause de mort.

27

On trouve, d'autre part, des exemples des complications les plus variées, dans les notices consacrées à ces 100 cas.

A propos de la technique opératoire, les auteurs font savoir qu'ils ont renoncé à l'emploi du spray. En fait de substances antiseptiques, ils ont utilisé l'acide phénique, le thymol, et, depuis dix mois, le sublimé. Pour les ligatures, ils emploient la soie. Dans les cas d'ovariotomie, le pédicule a été rentré dans la grande majorité des cas, au contraire dans les cas de myomotomie et d'hystérectomie, on a donné la préférence au traitement intra-péritonéal du pédicule qu'on carbonisait avec le thermocautère.

(1) Centralblatt für Chirurgie, 1885, no 12.
(2) Wiener medic. Wochenschrift, 1884, nos 22, 23, 27, 29 et 30.
(3) Archives de gynécologie, 1884, t. XXII, p. 17.
(4) Archiv. für klin Chirurgie, t. XXX, fasc. 4.
(5) Ibidem, fasc. 3.
(6) Boston med. and Surg. Journal, février 1884, p. 145.
(7) Rivista internationale, mars 1884.
(8) Western Lancet, septembre 1884, p. 104.
(9) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, nos 42 et 43.
Voir in : Journal des sociétés scientifiques, 1885, n° 18. p. 154 et suivantes, des communications récentes sur la laparotomie.

III. La statistique de M. Slaviansky, qui comprend 27 laparotomies, accuse les résultats suivants :

		Guérisons.	Morts.
Laparatomie exploratrice	5 cas.	4	1
Ovariotomie partielle	6 »	3	3
— complète	11 »	9	2
Extirpat. d'un carcinome de l'ovaire	1 »	»	1
— d'un kyste échinocoque	1 »	1	»
Myomotomie	1 »	1	»
Hystérectomie partielle	1 »	1	»
Opération césarienne	1 »	»	1
	27	19	8

IV. Schramm donne une relation détaillée de trois cas d'occlusion intestinale où Mikulicz pratiqua la laparotomie : les trois malades sont morts. L'auteur s'étend longuement sur les difficultés que présente le diagnostic de l'occlusion intestinale et surtout de la nature de l'obstacle à la progression des matières fécales. Il conclut que, même quand le diagnostic prête à des hésitations, il ne faut pas reculer devant la laparotomie, cette opération, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, donnant des résultats beaucoup plus satisfaisants que jadis.

En effet, sur 190 cas de laparotomie pour cause d'occlusion intestinale, réunis par l'auteur, la mortalité a été de 64,2 % ; mais, en examinant les choses de plus près, on constate que la mortalité a été :

De 73 % pour les cas opérés avant 1873
58 % pour les cas opérés après 1873

Enfin la statistique démontre que, dans la plupart des cas, la laparotomie a été pratiquée à une époque trop tardive. Contrairement à l'opinion défendue par Leichtenstern, M. Schramm est d'avis qu'il faut, autant que possible, opérer avant le développement d'une péritonite.

Voici comment se décomposent, au point de vue de la cause de l'occlusion, les cas réunis par l'auteur :

		Guérisons.	Mort.
Invagination	27 fois	8	19
Brides ou diverticules	49 »	13	36
Adhérences	16 »	7	9
Réduction en masse	11 »	6	5
Torsion	10 »	1	9
Nœuds	12 »	4	8
Etranglement interne	12 »	4	8
Corps étrangers	7 »	4	3
Néoplasme	38 »	18	22
Cause inconnue	8 »	5	3

V. Dans le travail de Wagner sont relatées quatre observations de laparotomies chez des enfants, pratiquées dans le service de Thiersch, dans le but d'extirper des tumeurs abdominales :

1er cas : Jeune fille de 13 ans. Sarcome de l'ovaire ; adhérences étendues avec l'épiploon et le colon transverse. Durée de l'opération, une heure. Mort le lendemain.

2e cas : Tumeur de l'ovaire ; pas d'adhérences. Pédicule long et grêle implanté sur l'ovaire gauche. Guérison.

3e cas : On avait diagnostiqué un kyste échinocoque du foie, et les dispositions étaient prises pour l'extirper : application de la pâte au chlorure de zinc, pour provoquer des adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale. Ponction au centre de l'eschare, avec le galvano-cautère. En attirant la tumeur vers l'ouverture, il s'échappa par celle-ci un liquide limpide. On élargit l'ouverture, au niveau de laquelle se présenta subitement un morceau d'épiploon. On put acquérir la preuve que le foie n'avait rien de commun avec la tumeur. Celle-ci avait une paroi très mince, et laissait sourdre à travers deux petits orifices dûs aux progrès de l'eschare un liquide clair. L'exploration manuelle de la cavité abdominale démontra qu'on avait affaire à une tumeur rénale, qui fut extirpée. — Guérison. — Il s'agissait d'un rein avec double bassinet et double uretère. L'une de ces poches était transformée en kyste hydronéphrétique.

M. Wagner a trouvé, dans les recueils de la littérature médicale, 11 cas de ce genre. Dans tous ces cas, la nature de la tumeur rénale n'a été reconnue qu'à l'autopsie : 9 fois l'uretère était dilaté, 2 fois oblitéré.

VI. Dans les deux cas publiés par Boston, l'occlusion intestinale reconnaissait pour cause un cancer de l'intestin. Dans le premier, la paroi abdominale fut incisée le long de la ligne blanche, et l'opérateur put facilement mettre à jour le siége de l'occlusion sur le colon descendant. Un anus contre-nature fut pratiqué en amont. Le malade a survécu quelque temps. Chez le second malade, l'abdomen fut incisé dans le flanc droit ; un anus contre-nature fut pratiqué sur le cœcum. Le siége et la nature de l'obstacle n'ont été reconnus qu'à l'autopsie. Le malade a succombé peu de temps après l'opération.

VII. Morisani a pratiqué deux fois la laparotomie pour remédier à un étranglement interne. Les deux malades sont morts. Le premier a succombé au bout de deux mois, aux suites d'une gangrène du scrotum, qui s'était développée quelques jours auparavant. Les premiers jours qui avaient suivi l'opération s'étaient écoulés sans fièvre ; le cours des matières fécales était rétabli. Au huitième jour, un abcès se forma au niveau de la cicatrice de la plaie abdominale. Une fois ouvert, cet abcès donna issue à une grande quantité de tissu conjonctif nécrosé. La hernie scrotale fit son apparition le quarante-cinquième jour.

Dans le second cas, le malade succomba le soir même de l'opération, dans le collapsus.

VIII. Pour la curiosité du fait, nous croyons devoir accorder une mention spéciale à l'observation publiée par Taylor :

Homme de 66 ans. Accidents d'origine hépatique (coliques sans ictère) au mois de septembre 1883. Le 11 décembre de la même année, nausées et vomissements à début brusque, faisant place bientôt au collapsus et à des phénomènes d'obstruction intestinale. Trente-six heures après le début des accidents, on pratique la laparotomie. On découvre les traces d'une péritonite circonscrite. Une partie des circonvolutions intestinales était distendue par les gaz, une autre partie était affaissée. En palpant le tiers inférieur du duodénum, la main de l'explorateur rencontra une masse dure, qu'il fut impossible de faire progresser de haut en bas, ni de morceler à l'aide d'une épingle. On incisa le duodénum et on parvint à en extraire un calcul biliaire mesurant 1 pouce 1/2 sur 1 pouce. L'incision duodénale fut ensuite suturée (suture de Lembert) avec de la soie fine. Malgré l'absence de tout signe de péritonite et quoique le cours des matières fécales se fût rétabli, le patient succomba le troisième jour.

Eu égard aux dimensions considérables du calcul, qui s'opposaient à admettre qu'il eût franchi le duodénum, on avait

présumé l'existence d'une fistule entre la vésicula biliaire et le duodénum. L'autopsie vérifia cette présomption.

IX. CAHN publie deux cas d'occlusion intestinale où la guérison fut obtenue grâce à l'emploi du lavage de l'estomac. Ces trois observations sont tirées du service du professeur Küssmaul. Une première fois l'idée était venue à ce médecin distingué, de recourir au lavage de l'estomac pour remédier à une occlusion intestinale, en considération de ce fait que l'estomac du malade était considérablement distendu par des gaz et des liquides. Une amélioration considérable étant résultée d'une première tentative de lavage, celle-ci fut renouvelée cinq fois en l'espace de douze heures ; chaque lavage durait le temps nécessaire pour que le liquide retiré de l'estomac fut parfaitement limpide. A la suite de cette intervention, il se fit par les voies naturelles une première débâcle de matières solides et de gaz. Le malade n'était pas allé à la selle depuis huit jours. On l'avait traité sans résultat par les purgatifs, les lavements, les insufflations d'air dans le rectum, l'administration de l'opium et de la morphine.

Le second cas, plus instructif encore, concerne un homme de 38 ans, chez lequel l'apparition des phénomènes d'occlusion intestinale avait été précédée, à deux ans de distance, d'une typhlite. On avait eu recours, sans résultat, à toutes sortes de remèdes. Le malade, qui avait des vomissements stercoraux, était dans le collapsus algide. A titre de ressource extrême, on crut devoir employer le lavage de l'estomac. Au bout de six heures de traitement, le malade rendait des matières fécales par le bas ; c'était le neuvième jour après le début des accidents. Guérison complète.

Dans un troisième cas, l'emploi du lavage de l'estomac rétablit le cours des matières, mais fut impuissant à prévenir le dénouement fatal ; il s'agissait évidemment d'un cas d'invagination avec gangrène, et, selon toute probabilité, perforation de l'intestin.

Küssmaul suppose que le lavage de l'estomac agit en régularisant les mouvements péristaltiques de l'intestin, qui est ainsi mis à même de vaincre l'obstacle au cours des matières. Il recommande de recourir à cette manœuvre inoffensive avant de se résigner à la laparotomie, surtout dans les cas où on n'est pas bien fixé sur le siège précis de l'obstacle. En fait de médicaments, il condamne en principe l'emploi des purgatifs et accorde la priorité à l'administration des narcotiques qui agissent à la façon du lavage de l'estomac, en régularisant les mouvements péristaltiques de l'intestin.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DE LA MOELLE, par M. BYROM BRAMWELL (Edinburgh), 2e édition, 1884.

Dans un volume de 350 pages, l'auteur a réuni une série de leçons qui ont pour but d'initier à l'étude des maladies de la moelle en général, plutôt que d'élucider quelques points nouveaux de ce département encore obscur de la pathologie. Des figures, au nombre de 180, noires ou coloriées, pour la plupart originales et très démonstratives, donnent un grand intérêt à cet ouvrage qui sera utilement consulté.

Un bon tiers du volume est consacré à l'étude anatomique et physiologique de la moelle.

Le chapitre II comprend la pathologie générale des affections médullaires et l'analyse des symptômes fonctionnels dans leurs rapports avec les lésions systématiques.

Le chapitre III consacre une centaine de pages à la méthode d'examen d'une affection médullaire quelconque, et un plan général de l'observation.

C'est dire que l'auteur décrit ensuite très rapidement les principales maladies de la moelle : atrophie musculaire progressive, myélites aiguës et chroniques, lésions extra-médullaires et altérations fonctionnelles de la moelle. Dans cette revue, il fait de nombreux emprunts et rend un hommage mérité aux travaux du professeur Charcot, dont une récente et vive discussion à la Société royale de Londres rappelait l'influence sur les progrès de la pathologie nerveuse.

A propos des troubles fonctionnels de la moelle, M. Bramwell insiste sur les commotions médullaires résultant des accidents de chemin de fer. Il y a là, en effet, un sujet intéressant et pratique.

Les « Railway cases », comme dit l'auteur, donnent lieu à des expertises médico-légales où le diagnostic, et surtout le pronostic du médecin, servent de bases à l'allocation d'indemnités quelquefois importantes, et la difficulté, déjà grande par elle-même, est compliquée par les intérêts mis en jeu.

Les cas où les symptômes médullaires résultent de traumatismes peuvent se diviser en quatre groupes :

1o Les cas où les signes de myélite aiguë, ou de méningite, ou de compression médullaire, suivent immédiatement l'accident dont ils sont la conséquence évidente. Les désordres sont alors considérables, et le doute n'est pas possible ;

2o Les cas où les signes évidents de myélite, etc., suivent l'accident à un court intervalle; ces faits sont rares et sont dus à une extension rapide d'une lésion d'abord peu étendue ;

3o Les cas où une maladie chronique de la moelle ou de ses enveloppes semble résulter d'un accident. Ici le diagnostic devient plus difficile, car, si le traumatisme peut quelquefois produire une affection chronique, myélite ou pachyméningite, bien souvent aussi il n'a fait que réveiller une affection latente, souvent encore il a simplement attiré l'attention sur des symptômes qui existaient déjà depuis plus ou moins longtemps, mais qui avaient passé inaperçus. C'est alors que le médecin devra s'entourer de toutes les informations touchant, non seulement l'état de santé antérieur du malade, mais encore les antécédents héréditaires et les affections des collatéraux ;

4o Le quatrième groupe est constitué par les cas où l'on observe seulement des troubles fonctionnels à la suite d'un accident. C'est là, à proprement parler, le « Railway case », la commotion médullaire, si l'on suppose qu'il n'y ait pas de lésion matérielle des éléments nerveux ; il faut bien admettre cependant que, dans beaucoup de cas, il y a une lésion, fût-elle très légère et réparable.

M. Bramwell insiste beaucoup sur les difficultés qui entourent le médecin dans l'examen de semblables faits. Tout d'abord il se produit de fréquentes dissensions d'opinion entre les rapports présentés devant les tribunaux ; cela tient à ce que le médecin appelé par la Compagnie de chemins de fer est obligé d'examiner le malade seul, sans les renseignements du médecin traitant, qui, lui, a intérêt d'autre part à favoriser son client et à aggraver le pronostic ; tandis que, dans une consultation ordinaire, le médecin traitant et le médecin consultant réunissent toutes les données pour rédiger un avis en

commun. Il résulte de ce procédé un véritable discrédit de la profession devant les tribunaux.

Le médecin appelé à examiner un « Railway case » doit donc s'efforcer de s'entendre avec le médecin traitant; il doit négliger, autant que possible, tous les symptômes purement subjectifs, que la victime de l'accident est inconsciemment, si ce n'est volontairement, portée à exagérer, dans l'espoir d'une plus forte indemnité. Il doit tâcher de se rendre compte de l'état dans lequel se trouvait le système nerveux du malade antérieurement à l'accident. Enfin, on ne devra attacher d'importance aux signes réellement objectifs, fournis par les explorations électriques ou autres, qu'autant que l'expert sera lui-même un homme particulièrement familiarisé avec l'emploi des instruments scientifiques.

Le livre de M. Bramwell est un très bon manuel pratique d'examen des affections médullaires.

Trismus des nouveau-nés (*The Lock. Jaw of infants*), par M. J.-F. Hartigan (New-York, 1884).

Dans cette petite brochure d'une centaine de pages, l'auteur reprend la plupart des opinions émises sur la pathogénie de cette affection, pour les critiquer. Suivant lui, la véritable cause est celle qu'a indiquée le docteur Sims dans un premier article publié en 1846, et dans un second publié en 1848 : « le trismus des nouveau-nés est une maladie d'origine centrale, dépendant d'une pression mécanique exercée sur la moelle allongée et les nerfs qui en émanent; cette pression résulte généralement d'un enfoncement de l'occipital, souvent facile à percevoir, mais quelquefois si léger qu'il est difficile de s'en rendre compte. Les symptômes causés par cette situation anormale de l'os sont supprimés lorsqu'on rectifie les rapports de ce os du crâne, et qu'on enlève ainsi la pression exercée sur la base de l'encéphale. »

Cette opinion, qui a été peu admise, M. Hartigan la confirme par 49 observations personnelles qu'il divise en trois classes : la première comprend 6 cas où la guérison a été obtenue par la rectification de la position donnée à l'enfant par les nourrices; la seconde comprend 25 cas choisis parmi 150 cas mortels dont l'auteur a fait l'autopsie; la troisième est composée de 18 cas également suivis de mort, mais dans lesquels la terminaison fatale a été précédée de quelques résultats satisfaisants.

Une table donne les résultats de la mortalité par tétanos infantile dans les trente jours suivant la naissance, pendant les quatre années de 1879 à 1882. On a compté dans cette période à New-York 229 cas de mort, dont 20 seulement sur des blancs et 209 sur des enfants nègres. C'est surtout entre le cinquième et le neuvième jour que la mortalité est prédominante; quant aux saisons, elles ne semblent pas avoir d'influence marquée. L'énorme proportion que présente la race nègre serait due à la condition sociale de cette dernière, les mères obligées de travailler laissent leurs enfants sans soins.

Les déductions à tirer de ces faits sont que la tête des enfants doit toujours être soutenue par des oreillers moelleux, et non pas secouée sur le bras comme il arrive lorsque les nourrices veulent endormir leurs nourrissons ou les forcer à têter. Quelquefois l'observation de ce soin particulier suffit à faire disparaître les contractures. Si, la plupart du temps, on n'obtient aucun résultat, c'est que le médecin a été appelé trop tard, et que la pression de l'occipital a déjà amené des lésions destructives de la moelle allongée, qu'on constate facilement à l'autopsie, et qui rendent toute intervention inutile.

Raymond Durand-Fardel.

BULLETIN

Le mouvement de la population en France

Suite et fin. — Voir les numéros 10, 11, 12 et 13.

Mouvement migratoire. — Le rapport de la natalité à la mortalité est de beaucoup, en France, l'élément principal du mouvement de la population. Il est bon toutefois de tenir compte aussi du rapport de l'immigration à l'émigration, et même de l'influence que l'un ou l'autre de ces deux derniers facteurs peut exercer soit sur la natalité, soit sur la mortalité.

Disons d'abord un mot du mouvement migratoire qui se produit dans l'intérieur même du pays, d'un point à un autre, de la campagne dans les villes ou réciproquement. Il semble *à priori* que ce mouvement intérieur ne saurait modifier l'état numérique de la population générale. Il n'a pas, en effet, d'influence directe, mais il agit indirectement en contribuant à accroître ou à diminuer soit la natalité, soit la mortalité. Toutes choses égales d'ailleurs, la natalité est moindre et la mortalité plus forte dans les grands centres de population qu'à la campagne. L'émigration des ruraux dans les villes a donc pour conséquence de contribuer à la diminution de la population. Or, depuis une cinquantaine d'années, ce mouvement d'émigration est considérable. Il résulte, en effet, des recherches de M. Loua et de M. Lagneau que les populations urbaines qui, en 1846, étaient comparativement aux populations rurales dans le rapport de 24,42 à 73,58 sur 100 habitants, ont atteint, en 1881, le rapport de 34,76 à 65,24. Elles ne formaient en 1845 que le quart de la population de la France; elles en constituent aujourd'hui plus du tiers.

Sans doute, les populations urbaines bénéficient, à certains égards, de cette immigration des ruraux; en se croisant avec ces derniers, les citadins assurent ou améliorent leur descendance; mais ce bénéfice ne compense pas, au point de vue de la population en général, la perte résultant de la diminution de la natalité et de l'augmentation de la mortalité subies par les ruraux immigrés. On peut ainsi conclure, avec M. Lagneau, que l'émigration des ruraux dans les villes est préjudiciable à l'accroissement de notre population; toute réforme politique, économique ou sociale propre à restreindre cette émigration, devra donc être bien accueillie de ceux qui se préoccupent de l'avenir de notre pays.

Un grand changement s'est fait chez nous, depuis la Révolution, en ce qui concerne le double mouvement migratoire de la France à l'étranger et réciproquement. Autrefois l'émigration l'emportait de beaucoup sur l'immigration, si bien qu'un économiste, Moheau, disait qu'en France l'expatriation était une maladie nationale. Aujourd'hui les deux termes du rapport sont renversés : l'immigration l'emporte sur l'émigration. En 1881, comme l'a rappelé M. Lagneau, on comptait 1,001,090 étrangers, soit 1 étranger pour 25 nationaux. Il est difficile d'établir le nombre des émigrants, mais on peut dire qu'il se chiffrent par quelques dizaines de mille.

Au point de vue purement démographique, cet excédant de

l'immigration sur l'émigration est une excellente chose, et c'est à cela surtout que les Etats-Unis ont dû leur rapide développement. M. Hardy est parti sans doute de cet exemple pour dire que nous pouvions de même, grâce à l'immigration, compenser la faiblesse de notre natalité. Mais ici surgit et se dresse une grave question d'ordre politique, qui modifie considérablement les résultats, et sur laquelle MM. Rochard et Lagneau ont eu raison d'appeler l'attention. Tandis que la plupart des émigrants européens, en arrivant sur le sol du nouveau monde, ont adopté leur nouvelle patrie et sont devenus citoyens américains, en France les immigrants étrangers conservent leur nationalité, toujours prêts, comme nous l'avons vu en 1870-71, à servir contre nous leur pays d'origine. Sur les 1,001,090 étrangers que nous accueillons chez nous, 77,046 seulement, c'est-à-dire un treizième environ, se sont fait naturaliser. Il en résulte, entre les étrangers et nos nationaux, sinon un sentiment de défiance, tout au moins un défaut de confiance qui contribue à rendre entre eux les unions plus rares et à diminuer ainsi les bons effets qui pourraient résulter de nombreux croisements. L'immigration ne saurait donc en France, comme le pense M. Hardy, compenser le faible coefficient de la natalité; elle aurait même plutôt pour résultat de diminuer ce coefficient en venant remplir des vides qui seraient comme un appel à une fécondité volontaire plus grande.

L'émigration est si peu active en France qu'elle n'exerce qu'une influence insignifiante sur le mouvement de la population. La spéculation de quelques compagnies industrielles, jointe peut-être à une tendance naturelle, a développé et entretient l'esprit d'émigration dans quelques départements du sud-ouest, comme ceux de la Gironde, des Landes, des Hautes et des Basses-Pyrénées. Or, dans ce dernier département, où les compagnies en question recrutent le plus d'émigrants, la population s'est légèrement accrue. Du reste, ainsi que l'a fait remarquer M. Lagneau en prenant ses exemples en Angleterre et en Allemagne, et ainsi que nous l'avons rappelé nous-même dans une autre partie de ce travail, la natalité est en raison directe de l'émigration; la première tend à combler les vides que produit la seconde. A ce point de vue, il y aurait lieu de favoriser le mouvement d'émigration; il ne faut pas oublier non plus que généralement les colonies contribuent à accroître la fortune de la mère patrie. Mais on n'émigre guère, du moins de nos jours, que lorsqu'on ne trouve pas chez soi les ressources nécessaires pour assurer et accroître son propre bien-être et celui de sa famille. Voilà pourquoi on compte en France si peu d'émigrants et pourquoi on ne saurait, sans quelque hésitation, souhaiter d'en voir augmenter le nombre.

En résumé, dans l'appréciation des causes de notre dépopulation et des moyens d'y remédier, il est permis de négliger l'émigration, et l'on ne saurait compter sur les avantages de l'immigration.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES. — Les propositions suivantes résument les considérations que nous avons développées dans ce travail :

Des quatre facteurs dont nous avions à étudier l'influence sur le mouvement de la population française, la natalité est celui dont l'action est la plus puissante.

La cause principale de la faiblesse de notre natalité réside dans l'infécondité volontaire, conséquence elle-même de notre législation actuelle sur les successions.

La mortalité générale n'est pas plus grande en France que dans la moyenne des autres pays, mais, pour combler la faiblesse de notre natalité, on doit s'efforcer de la rendre inférieure.

C'est principalement sur la mortalité infantile que nous pouvons et devons agir.

L'émigration intérieure des ruraux dans les villes contribue, d'une part, à diminuer la natalité, d'autre part à augmenter la mortalité; quelque restreinte que soit son action, on doit en tenir compte dans les mesures de prophylaxie.

L'immigration étrangère ne saurait compenser la faiblesse de notre natalité. L'émigration lointaine, dans les conditions actuelles, est sans influence sur notre dépopulation.

Les conclusions pratiques qui découlent de ces propositions sont les suivantes :

1o Reviser la loi sur les successions;

2o Reviser et appliquer d'une manière plus rigoureuse la loi Roussel sur la protection de la première enfance;

3o Favoriser l'émigration, non des campagnes vers les villes, mais des villes vers les campagnes.

A côté de ces trois ordres de mesures, qui nous semblent primer toutes les autres, il en est dont nous reconnaissons l'utilité, que nous avons signalées en passant, mais que nous ne rappelons pas ici, afin d'apporter dans nos conclusions le plus de netteté et de précision possible.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Colombel (de Paris); de M. le docteur Dartigues père (de Villefranche); de M. le docteur Grocier (d'Ornans); de M. le docteur Pozzo di Borgo, médecin de deuxième classe de la marine, victime du naufrage de l'*Oise*, en rade de Tamatave; de M. le docteur Reynaud, médecin du 111e régiment de ligne, tué à Bang-Co, dans les derniers combats du Tonkin.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Martha, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de pathologie interne. (Emploi non nouveau.)

M. Crouzat, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'accouchements et du cours complémentaire d'accouchements, en remplacement de M. Verrier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Weiss, agrégé, est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Heydenreich, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. Deroye est maintenu, en la double qualité de suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes et de chef des travaux anatomiques, jusqu'à la fin des concours ouverts en vue de pourvoir à ces emplois.

— Par arrêtés ministériels, en date du 23 mars 1885 :

1° La chaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

2° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens s'ouvrira, le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

3° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Amiens s'ouvrira, le 12 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

École de médecine de Marseille. — M. le docteur Boinet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

***

Congrès français de chirurgie. — Le Congrès français de chirurgie tiendra ses séances, à l'École de médecine, du 6 au 12 avril 1885, de neuf heures et demie du matin à midi, et de trois heures à six heures.

Lundi 6 avril. — Matin. Séance d'organisation (petit amphithéâtre). Soir. Séance d'inauguration (grand amphithéâtre).

Mardi 7 avril. — Matin. Etiologie et pathogénie des infections chirurgicales. — Soir. Questions diverses.

Mercredi 8 avril. — Matin. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.—Soir. Questions diverses.

Jeudi 8 avril. — Matin. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne. — Soir. Questions diverses.

Vendredi 10 avril. Matin. Cure des abcès froids. — Soir. Questions diverses.

Samedi 11 avril. — Matin. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen. — Soir. Questions diverses et séance de clôture.

***

Société française de tempérance. — Cette Société a tenu sa séance solennelle le 29 mars, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à l'Ecole de droit.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur Lunier, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Froc et Ch. Thierry-Mieg et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille de vermeil à M. le docteur Kümmer et au pasteur M.-L.-L. Rochat, des médailles d'argent à MM. les docteurs F. Jacquemart et A.-J. Devoisins; des médailles de bronze à Mlle Conte et M. Marambat; 750 francs répartis entre MM. les docteurs Devoisins, Jacquemart, Legendre et John Lemoine; 244 diplômes de membre associé honoraire, 29 médailles d'argent, 265 médailles de bronze, 14 diplômes de membre titulaire et 421 diplômes de témoignage de satisfaction; 49 livrets de caisse d'épargne postale (550 fr.); 12 comptes rendus du congrès international de 1878; 420 manuels Picard, 12 manuels populaires du docteur Auguste Sanden, 89 exemplaires de la conférence Homais, 184 volumes de ses bulletins et 1,148 exemplaires des années 1880 à 1884 du Bon Conseiller, publié sous son patronage.

***

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz 1886. — La loi qui vient d'être votée, en fixant la date des élections dans les soixante jours qui précèderont le 14 octobre, ne permet pas de maintenir la date du 1er octobre de cette année (1885), pour la réunion du premier Congrès international d'hydrologie et de climatologie, qui doit se tenir à Biarritz.

De plus, l'importance qui a été donnée au programme de questions d'études recommandées, et l'éloignement de quelques-unes des contrées qui doivent le recevoir, rend tout à fait insuffisant le temps laissé par cette date pour la préparation de ces études.

Le Congrès de Biarritz est remis au 1er octobre 1886. Rien n'est changé, sauf cette date, aux dispositions qui avaient été prises pour cette année, tant pour sa durée que pour les excursions qui devront le suivre.

Le Comité d'organisation prie instamment les personnes qui auront l'intention d'en faire partie d'envoyer le plus tôt possible leur adhésion, afin que le programme des sujets d'études recommandés puisse leur être adressé sans retard.

***

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 avril, à sept heures et demie, dans les salons du Grand Hôtel, sous la présidence du professeur Brouardel.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice), pourra être versé dans les hôpitaux entre les mains de l'interne en médecine *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

***

Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1885, ont été décernées les récompenses suivantes pour services rendus en temps d'épidémie :

Médailles d'or. — M. le docteur Ballivet, médecin à Pouilly-Saint-Genis (Ain).

Mme Martinière (Marie), en religion sœur Saint-Paul, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Montbrison.

Médailles de vermeil. — M. le docteur Blanc (de Gap).

M. l'abbé Ravoux, curé de Remollon (Hautes-Alpes).

Médailles d'argent. — M. Achard, maire de Remollon.

M. Moulager (Joannès), infirmier civil à l'Hôtel-Dieu de Montbrison.

Médailles de bronze. — Mme Mouren (Marie), en religion sœur Marie-Félicie, du couvent de Saint-Joseph (de Gap).

Mme Manduech (Adèle), en religion sœur Marie-Camille, de la même congrégation.

Mme Motte (Angèle), en religion sœur Marie-du-Sauveur, directrice de l'école maternelle publique de Remollon.

***

Service de santé de la marine. — Un décret présidentiel, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, vient d'apporter quelques modifications dans l'organisation du corps de santé de la marine.

Le conseil supérieur de santé, composé de l'inspecteur général et de deux inspecteurs, aura pour secrétaire un médecin principal ou un médecin de première classe nommé par le ministre sur la proposition de l'inspecteur général.

Afin de faciliter aux médecins de deuxième classe les études nécessaires à l'obtention du diplôme de docteur en médecine exigé pour arriver au grade supérieur, un plus grand nombre de médecins de première classe est, par les nouvelles dispositions, affecté au service à la mer.

Enfin on a augmenté les sources du recrutement des médecins de deuxième classe, en faisant participer à ce recrutement les docteurs en médecine, soit qu'ils appartiennent déjà au corps de santé comme aides-médecins titulaires, soit que, provenant des Facultés de médecine, ils servent en qualité de médecins auxiliaires

— M. Duplouy, médecin en chef, est promu au grade de directeur du service de santé, et M. Rouvier, médecin professeur à celui de médecin en chef.

***

Une chaire de bactériologie. — Il paraît que, dans le projet du budget de 1886, le ministre de l'instruction publique aurait proposé la création, à la Sorbonne, d'une chaire *de bactériologie*. Nous ne voulons pas discuter l'utilité de cette chaire ni rechercher si la création de telle autre serait plus opportune. Nous ferons simplement observer qu'elle serait mieux placée au Collège de France où professeurs et élèves travaillent ensemble à étendre les limites de la science qu'à la Sorbonne où l'enseignement est essentiellement didactique.

***

Cours. — M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie (médecine opératoire, exercice pratique), le vendredi 17 avril, à huit heures du soir, à l'Ecole Pratique, amphithéâtre numéro 3, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 22 février au samedi 28 mars 1885.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 3. — Rougeole 54. — Scarlatine 1. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 40. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 51. — Phthisie pulmonaire 199. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 88. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 31. — Pneumonie 108. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 37. — au sein et mixte 17. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 86. — de l'appareil circulatoire 80. — de l'appareil respiratoire 107. — de l'appareil digestif 37 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24 — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1,142 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Eléments de pathologie chirurgicale, par Nélaton, 2e édition, tome VI, 2e fascicule, terminant l'ouvrage, revue par les docteurs Desprès, Gillette et Horteloup, chirurgiens des hôpitaux. Un fort volume grand in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 9 fr. — L'ouvrage complet, en forts volumes grand in-8 avec 795 figures dans le texte, 82 fr. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le docteur A. Tartenson. In-8 de 110 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires, par sir Henry Thompson, traduites et annotées par le docteur Robert Jamin. Un volume in-8 de 248 pages avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par F. Terrier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, 1er fascicule : « Lésions traumatiques et leurs complications ». Un fort volume grand in-8. — Prix : 7 fr. — Le 2e fascicule complétant l'ouvrage paraîtra au mois de mars 1885. — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Ce, 108, boulevard Saint-Germain.

La vérité sur la gymnastique, ce qu'elle doit être, par Anatole Picquart, auteur de la *Gymnastique vraie et de la gymnastique médicale*. In-18 de 64 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les médecins grecs depuis la mort de Galien jusqu'à la chute de l'empire d'Orient, par le docteur A. Corlieu, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 204 pages avec une carte. — Prix : 5 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac, par le docteur A. Deschamps. Grand in-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II — N° 15 — 11 AVRIL 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — CLASSIFICATION, ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Leçon de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

J'ai déjà bien souvent attiré votre attention sur les formes diverses que revêt l'inflammation de la vessie ; je les ai étudiées avec vous, et aujourd'hui les noms de cystite blennorrhagique, calculeuse, tuberculeuse, éveillent dans votre esprit l'idée d'espèces bien distinctes. Mon but aujourd'hui est d'envisager la cystite sous son aspect le plus général et de vous montrer sur quelles données vous pourriez vous appuyer pour tenter une classification. En effet, celle qui est le plus généralement adoptée est, je dois le dire, plus qu'insuffisante, et, si je ne craignais d'aller au-delà de la vérité, je dirais presque qu'elle est nulle. Pour distinguer les cystites, on ne considère le plus souvent dans un ensemble morbide qu'un seul des symptômes, celui qui frappe surtout l'attention, en écartant les autres notions que pourraient fournir une étude plus approfondie de la maladie. On crée ainsi autant d'entités morbides qu'on a vu de symptômes et on décrit des cystites aiguës et chroniques, du col et du corps, purulentes, hémorrhagiques, et bien d'autres encore.

Une telle manière de voir sort, à mon avis, de la stricte vérité. La seule classification à l'abri d'objections sérieuses est celle qui repose à la fois sur l'étiologie, sur l'anatomie pathologique et sur la symptomatologie. A coup sûr, cette dernière doit être étudiée minutieusement ; je compte y insister bientôt et vous montrer dans quelles limites vous pourrez y puiser des éléments de classification. Si vous vous bornez à son étude, vous serez forcés, à maintes reprises, de modifier votre diagnostic; une même cystite, reconnaissant la même cause, pourra être tour à tour aiguë et chronique, purulente et hémorrhagique. Un inconvénient plus grave s'attache à cette manière de considérer les choses : en paraissant faire un diagnostic précis, vous n'en faites aucun, et le symptôme que vous prenez comme type se retrouvera dans toutes les espèces de cystites ; vous le rencontrerez chez un prostatique, un calculeux, un tuberculeux ; étudiez-le avec soin, et vous verrez que chez chacun de ces malades il présente une physionomie spéciale, une marche particulière, qui permettront d'asseoir le diagnostic et de voir à quelle lésion vésicale vous avez affaire.

Prenons pour exemple la dénomination de cystite purulente : remarquons tout d'abord que ce terme, pris en lui-même, ne signifie rien, car il n'y a pas de cystite sans qu'on puisse dé-

FEUILLETON

PROGRÈS DE LA GYNÉCOLOGIE AU XIXe SIÈCLE. — Leçon d'ouverture du cours de clinique gynécologique de M. le docteur GALLARD à l'Hôtel-Dieu, recueillie par M. Paul DALCHÉ, interne du service.

Messieurs,

Au nombre des progrès de toute sorte, réalisés pendant le cours du XIXe siècle, qui en a vu se produire de si importants et de si nombreux dans toutes les branches de la science, on ne peut s'empêcher de tenir le plus grand compte de ceux qui ont été accomplis en gynécologie. Dès la première année, en 1801, dans cet Hôtel-Dieu même, un de nos plus éminents prédécesseurs, Récamier, vulgarisait l'emploi du spéculum. Ce n'est pas qu'avant lui le spéculum fût complètement inconnu ; les anciens s'en servaient. On en a trouvé la preuve même dans les livres hippocratiques. Mais leurs instruments étaient incommodes ; c'étaient des appareils à développement et à branches souvent employées hors de propos et mal à propos. Si Récamier n'a pas découvert, à proprement parler, on peut dire qu'il a inventé, car son spéculum ne ressemble en rien à ceux qui l'ont précédé. A l'instrument à branches multiples d'autrefois, il substitua un simple tube de métal destiné tout d'abord à protéger les parois vaginales contre les liquides irritants et les caustiques appliqués sur le col dans un but thérapeutique. A travers le conduit, il constata qu'il pouvait voir les lésions dont il avait deviné la présence par leurs symptômes.

Elargissant le diamètre de son tube, il créa le spéculum plein, et, d'un appareil de traitement, il fit un instrument de diagnostic. Depuis, de nombreuses modifications ont été apportées à son invention ; je ne vous en retracerai pas toute l'histoire ; quelques-unes sont de pures complications parfaitement inutiles. D'autres ont été très importantes, et parmi celles-là il convient de citer celles qui ont été introduites par trois chirurgiens de cet hôpital. Dupuytren a ajouté au cylindre de Récamier le manche qui permet de le manœuvrer. Jobert a fait le spéculum bivalve ; Cusco a modifié ce dernier en le rendant aussi transportable et aussi mobile que possible. Mais le dernier mot du perfectionnement a été dit

convrir du pus dans l'urine, quelquefois à l'œil nu, tout au moins à l'aide du microscope; mais l'excès même du pus ne saurait légitimer le terme de purulent. Ce matin encore, je vous ai montré dans la salle un malade dont les urines en contenaient une couche épaisse au fond du bocal destiné à les recueillir. Cet homme présente en outre des symptômes d'une cystite qui mérite, semble-t-il, l'épithète de purulente. En la nommant ainsi, vous tomberiez dans l'erreur, car la plus grande quantité du pus descend des reins; c'est un malade affecté de pyélo-néphrite. Vous voyez qu'en vous laissant entraîner à n'observer que le symptôme dominant, vous commettriez une erreur de diagnostic.

Ce n'est donc pas en envisageant un seul symptôme, si important qu'il paraisse, qu'on peut faire une classification. L'expression symptomatique est toujours la même, mais la nature du mal lui imprime un caractère propre et réclame un traitement différent. Ce n'est pas là une vue de l'esprit: je vous ai dernièrement décrit tour à tour les cystites calculeuse, tuberculeuse, blennorrhagique, celle des prostatiques, des retrécis comme autant d'affections distinctes; joignez-y celles qui sont sous la dépendance de l'absorption d'une substance toxique, telle que la cantharide, ou d'un agent septique, et vous verrez quelle variété existe dans ces affections; vous resterez convaincus qu'avec des symptômes analogues elles n'en constituent pas moins autant de maladies à part. Aussi est-ce sur la nature des altérations vésicales que je vous engage à baser votre classification, et l'on doit, à mon avis, distinguer autant d'espèces de cystites qu'il y a de catégories de lésions.

Rejetterez-vous absolument les dénominations auxquelles je faisais allusion tout à l'heure? Je ne vous le conseille pas; elles peuvent servir à préciser le caractère spécial de telle ou telle cystite, tantôt parce qu'un symptôme est tout à fait dominant, tantôt parce qu'on ne peut momentanément le rapporter à aucune lésion anatomique. Je vous citerai comme exemple la cystite pseudo-membraneuse qui peut et doit être conservée, non pas qu'elle réponde à une espèce à part, et pour mon compte je l'ai observée dans le cours de cystites très diverses et bien caractérisées; mais elle a une importance capitale; elle concentre sur elle l'attention et conduit à un traitement spécial. J'en dirai autant du terme de cystite hémorrhagique. Dans certains cas, en présence d'une cystite blennorrhagique, par exemple, où l'hémorrhagie prend une intensité considérable, ou bien quand, après l'évacuation trop rapide d'une vessie longtemps distendue, le sang s'épanche en abondance dans le réservoir vésical, on peut dire qu'il y a cystite hémorrhagique.

Il semble qu'en admettant ces deux expressions, après les avoir proscrites au début, je sois en contradiction avec moi-même. Ne le croyez pas, car je ne les admets que comme désignation d'une *variété* de cystite. Ainsi la cystite des prostatiques peut s'accompagner d'une hémorrhagie; il en est de même de celle des tuberculeux, des calculeux. En pareil cas, loin de vous dispenser de faire le diagnostic de la cause, vous devez au contraire y apporter tous vos soins, car l'hémorrhagie se comportera d'une façon différente chez l'un et l'autre de ces malades. J'en dirai autant de la cystite pseudo-membraneuse.

Aussitôt que vous aurez pu établir la nature d'une cystite, vous vous occuperez du diagnostic de la variété qu'elle présente. Mais gardez-vous de la confondre avec l'espèce; ces deux diagnostics se complètent. Précisez avant tout le genre de la lésion; cela est capital, c'est de cette notion que dépendra le traitement que vous aurez à instituer.

Faites également un diagnostic topographique; il faut conserver les variétés de cystites du col et du corps; les cystites muqueuse ou parenchymateuse. Je n'ai pas besoin de vous parler de la forme aiguë et de la forme chronique. Toutes ces variétés se rencontrent dans chacune des espèces dont je vous ai parlé; elles ne vous permettraient pas à elles seules de poser un diagnostic sur des bases solides; vous resteriez dans le vague si vous vous contentiez de la constatation d'un symptôme, si important qu'il vous paraisse.

Nous pouvons maintenant aborder la description générale des cystites et jeter un coup d'œil d'ensemble sur les causes qui les produisent. Je vous ai déjà fait remarquer qu'il ne fallait pas exagérer l'importance des causes locales; la présence, dans la vessie, d'un corps étranger ou de l'urine stagnant en abondance plus ou moins grande, n'est pas une cause absolue de cystite. J'ai pu encore aujourd'hui vous montrer un malade qui venait d'entrer dans nos salles avec une rétention d'origine prostatique et dont les urines étaient parfaitement limpides. Cette condition n'est cependant pas indifférente; ces malades sont des prédisposés, ils sont

---

par notre cher et vénéré maître Ricord, dont l'instrument, facile à manier, applicable dans toutes les circonstances, est la réalisation du plus grand progrès; c'est celui dont je me sers tous les jours. Je doute qu'on fasse mieux.

Vous le voyez, le spéculum est donc une conquête toute française. Mais l'engouement dont il a été l'objet a pu être un instant sur le point de faire retarder les progrès de la science. Les médecins du XVIII° siècle, n'ayant pas cet instrument à leur disposition, avaient habituellement recours à un excellent mode de diagnostic, le toucher, qui fut très négligé lorsque parut le spéculum. On se demanda si toute la gynécologie ne consistait pas en ce qu'on voyait dans l'instrument. Alors furent décrites les altérations de la surface du col; ses différents aspects, toutes les ulcérations furent bien vus, bien exposés. Mais on n'élucida que ce qui était visible, la portion sous-vaginale du col, le museau de tanche. Il fallait aller plus loin, et le toucher dut être remis en honneur; l'impulsion fut donnée par Velpeau et Lisfranc et se généralisa. C'est ainsi que furent constatés, dans le corps même de l'utérus et dans ce qu'on appelait à cette époque ses annexes, des altérations, des changements de volume et de forme, et que naquit la notion de l'engorgement et des déviations, l'engorgement perceptible par l'augmentation de volume, les variations dans le poids et la forme, les déviations se manifestant par les changements de situation de l'organe dans sa totalité ou dans les rapports de ses diverses parties. Il s'éleva alors une discussion ardente, passionnée, pour savoir quelles sont, parmi ces lésions, les primitives et les secondaires. Velpeau se demandait si les flexions ne sont pas la cause des engorgements et des ulcérations. D'autres auteurs renversaient la proposition et attribuaient tous les désordres à l'ulcération. La discussion ne fut pas inutile, car du conflit de tant d'opinions divergentes est résultée pour nous la connaissance des faits dont le classement méthodique nous a permis de donner la description véritablement clinique de la métrite chronique.

Restaient les déviations. Velpeau enseignait que, par le toucher combiné avec le palper hypogastrique, on retrouvait le corps de la matrice assez facilement pour reconnaître sa situation et sa forme; mais dans bien des cas les renseignements fournis par le toucher et le palper hypogastrique combinés n'autorisent pas à conclure si l'on a affaire au corps de l'utérus ou à une tumeur surajoutée à l'organe. Il fallait donc pouvoir aller plus loin dans ces investiga-

en imminence de cystite et, sous l'influence de causes que nous établirons dans un instant, la cystite peut éclater, durer plus ou moins longtemps et acquérir une intensité variable suivant les sujets ou plutôt selon la gravité des altérations de l'appareil urinaire. Ainsi, chez les rétrécis, la cystite est l'exception au cours d'une rétention; dans les mêmes conditions, elle est la règle chez les prostatiques, dont la vessie, rarement exempte d'altérations, résiste moins bien aux influences extérieures.

A côté des causes locales, on range souvent le traumatisme. Cependant ce n'est pas là une cause ordinaire de cystite: vous en trouverez d'abondantes preuves dans mes salles en observant les suites des lithotrities; très rarement, vous verrez la vessie s'enflammer dans ces conditions. La semaine dernière, j'ai fait pour un calcul volumineux une séance de broiement qui a duré près d'une heure, et le malade que vous avez vu aujourd'hui n'a présenté aucun symptôme de cystite. Il en est de même pour les corps étrangers venus du dehors, et pour les sondes à demeure qui, placées dans de bonnes conditions, ne produisent ni irritation, ni inflammation de la vessie.

Cependant l'action traumatique ne peut être niée, et on a pu dire que les grandes cystites étaient des cystites chirurgicales. Cela est vrai quand le traumatisme a déterminé l'explosion de l'inflammation dans une vessie où elle était imminente. C'est qu'un cathétérisme a été fait d'une manière brusque ou inopportune et qu'on a vidé trop rapidement une vessie dont les parois se sont congestionnées et bientôt enflammées. On bien encore la lithotritie a été pratiquée dans une vessie enflammée depuis longtemps et déblayée insuffisamment. Dans tous ces cas, le traumatisme a été la cause occasionnelle du développement de la cystite, et souvent alors celle-ci acquiert une intensité plus grande que dans beaucoup d'autres cas; elle a une tendance à se propager aux uretères et aux reins, et l'on doit toujours porter un pronostic sévère. Gardez-vous cependant de conclure qu'un traumatisme, même prolongé, doit exposer aux mêmes accidents dans une vessie non malade. La cystite traumatique reste une variété rare, et il faut non pas en nier l'existence, mais en interpréter le développement.

Les conditions extérieures où se trouve un malade jouent au contraire un rôle des plus importants, et tout homme dont l'appareil urinaire est le siège d'une lésion quelconque, fût-elle des plus silencieuses et des moins menaçantes, doit veiller à ce que les influences extérieures n'agissent pas sur lui. Ici encore la nature des lésions est la plus utile à connaître. Supposons, en effet, qu'un malade ait fait un excès, un écart de régime. Si c'est un prostatique, la cystite éclatera presque fatalement; s'il est porteur d'un rétrécissement avec rétention d'urine, il faudra des circonstances plus graves, et la cystite sera plus lente à se manifester. Enfin, s'agit-il d'un calculeux, la vessie ne sera influencée que tout à fait exceptionnellement, et encore faudra-t-il qu'à cet écart de régime se soient joints des mouvements violents et prolongés. Quoi qu'il en soit, une telle cystite brusquement développée dans ces conditions reconnaît pour cause immédiate la congestion de l'appareil urinaire; c'est à elle que vous rapporterez le développement de la cystite après une rétention prolongée, circonstance si fréquente chez les prostatiques. De tous les agents extérieurs, le plus puissant est sans aucun doute le refroidissement. Ce sont encore les prostatiques qui sont le plus facilement atteints par le froid. De nombreux faits se présentent à ma mémoire où cette seule influence, dégagée de toute cause d'erreur, a été le point de départ d'accidents graves qui ont porté non seulement sur la vessie, mais sur tout l'appareil urinaire, et une néphrite mortelle en a souvent été la cause. Bien que plus susceptibles que tous les autres, les prostatiques n'ont pas le triste privilège d'être menacés gravement par le refroidissement; aucun malade affecté de lésions de l'appareil urinaire n'en est exempt. Cette cystite *à frigore* est aussi assez fréquente chez la femme.

Abstraction faite de ces influences du dehors, le malade puise aussi en lui-même, dans sa constitution, dans ses antécédents morbides, dans la façon dont il se soigne, les raisons qui déterminent l'explosion d'une cystite. Cette catégorie de causes peut se subdiviser en causes physiologiques et diathésiques.

(A suivre.)

---

tions, et pour cela on inventa un nouvel instrument bien simple dont l'emploi souleva dans les premiers temps de vives récriminations. Je veux parler de l'hystéromètre. Son invention a été attribuée à trois observateurs exerçant dans des points assez éloignés l'un de l'autre pour qu'ils aient dû le trouver simultanément sans se communiquer leurs recherches. Huguier à Paris, Simpson à Edimbourg, Kiwisch à Prague. La question de priorité est difficile à trancher, non pour Kiwisch qui fait mention de l'hystéromètre seulement en 1845, mais entre Simpson et Huguier qui, tous les deux, s'en servent en 1843. Ce fut le 22 septembre 1843 qu'Huguier, à l'hôpital de Lourcine, le trouva d'une façon toute fortuite. Il examinait pour un fibrôme une femme dont le col était très entr'ouvert; dans cette cavité fut introduite une pince courbe, aux mors très petits, et le chirurgien fut vivement frappé de voir à quelle profondeur il put l'enfoncer; il eut l'idée d'instituer cette pratique en méthode générale. Mais, s'il n'est pas possible d'établir que Huguier a précédé Simpson, on doit reconnaître au moins qu'ils ont eu tous les deux des précurseurs français.

En 1828, Lair conseillait d'introduire une sonde ou un stylet dans la cavité utérine, et, à la même époque, Récamier inventait sa curette dont il se servait autant comme moyen d'investigation que comme instrument d'intervention chirurgicale. Du reste, en remontant à travers les âges, Huguier a démontré lui-même que ce cathétérisme a été pratiqué de tout temps, même par Hippocrate.

Aujourd'hui, l'hystéromètre est d'un usage vulgaire pour le diagnostic des déviations. Il a de plus permis de constater que ce que l'on décrivait antérieurement sous le nom de « chute », de « prolapsus de la matrice », n'est le plus souvent qu'un allongement hypertrophique du col; la conséquence fut l'opération bardie de l'amputation conoïde d'Huguier, opération que vous avez vu plusieurs fois pratiquer ici par M. Pozzi avec une habileté qui rappelle celle de mon ancien maître, et avec autant de succès.

Au cathétérisme nous devons aussi la notion de nombreuses maladies péri-utérines, dont l'histoire demande quelques connaissances anatomiques et physiologiques. Il y a deux cents ans, Jean de Horne, Swammerdam, Harvey, et surtout Regnier de Graaf, édifiaient la théorie de l'ovulation; ce fut une révélation, mais qui malheureusement ne fut suivie d'aucun résultat pratique; pour ces auteurs, la ponte ovulaire se faisait sous l'influence de la copulation et ils n'avaient pas su dégager la véritable physiologie de

ÉPIDÉMIOLOGIE

Recherches étiologiques sur les épidémies de dysenterie régnant périodiquement a Saint-Germain-en-Laye, par le docteur Charles Amat.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

II

De tous les éléments bromatologiques, l'eau étant le plus commun à l'ensemble des habitants d'une même région et, de ce fait, se trouvant le premier incriminé pour l'explication étiologique de la plupart des maladies populaires, il ne pouvait arriver qu'en fin de compte des doutes ne s'élevassent sur la bonne qualité de celle qui était distribuée.

Comment, en effet, expliquer l'épidémie en face de laquelle nous nous trouvions encore une fois placé ? Instruit par l'expérience des deux années précédentes, rien n'avait été oublié pour prévenir le mal ou pour le combattre une fois déclaré. Nous ne parlerons pas de la propreté des chambres, des latrines, des désinfections continuelles, du port permanent du pantalon de drap, de la ceinture de flanelle, de l'alimentation variée, des exercices modérément conduits, des bouches d'égout obturées.... Malgré toutes ces mesures, le premier cas de dysenterie survenait le 27 juin au 11e chasseurs ; 80 d'entre eux étaient successivement hospitalisés. Il survenait 1 décès. Le 16e dragons perdait aussi 1 homme sur 37 envoyés à l'hôpital. Cinq cas survenaient parmi les soldats du génie et de l'artillerie ; un militaire étranger à la garnison était également atteint. Le dépôt du 18e régiment de chasseurs, sans avoir de mort à déplorer, était fortement éprouvé : avec un effectif moyen de 200 hommes, le mouvement de ses malades était de 37.

L'idée que l'eau renfermait peut-être l'agent pathogène de la maladie nous était suggérée par cette notion épidémiologique que toutes les villes situées en aval de la Seine, et qui consomment l'eau de fleuve souillée à Paris, présentent fréquemment des cas de dysenterie. Informations prises, il nous fut répondu que la ville de Saint-Germain n'était alimentée que de deux façons : eau des étangs de Retz et eau des étages de la craie aspirée et refoulée par une puissante machine établie au Pecq. Donc, aux yeux de tous, pas une goutte d'eau de Seine n'entrait dans la composition des eaux de la localité.

Une étude plus minutieuse nous fit cependant découvrir les faits suivants : Si l'eau puisée au Pecq renferme une certaine quantité de l'eau de la craie, elle contient aussi une proportion notable d'eau de Seine, attendu que le niveau du puits varie avec le niveau de l'eau du fleuve ! En été, l'eau des étangs de Retz devenant insuffisante, la machine commence à fonctionner à des époques indéterminées vers le milieu ou la fin du mois de juin. Comme elle n'est mise en mouvement que le jour, la composition de l'eau varie suivant l'heure où elle est puisée aux fontaines : c'est ainsi que le matin elle est uniquement composée d'eau de Retz et le soir d'eau du Pecq. Ces deux espèces d'eaux, réunies sur la place du marché de Saint-Germain dans une construction spéciale, sont mélangées depuis trois ou quatre ans et distribuées dans toutes les directions, y compris le camp où était le 10e dragons.

Nous donnons copie des analyses très obligeamment faites par le laboratoire municipal de la ville de Paris et inscrites sur ses registres sous les numéros 10,029 à 10,035 inclus.

Que démontrent ces analyses ? Que l'eau de Saint-Germain est de mauvaise qualité (10,029 à 10,035) ; sa composition n'est pas uniforme aux divers moments où on peut l'examiner dans des conditions comparables ; elle est le matin (10,030) d'un degré hydrotimétrique plus faible, moins chargée en extrait, en matières organiques et en chlore que le soir (10,035) ; l'eau du Pecq est détestable (10,033 et 10,034) ; elle renferme beaucoup de matières organiques, surtout celle qui se trouve dans l'enveloppe extérieure (10,034) ; la composition de l'eau du réservoir de la ville (10,032) est à peu de choses près analogue à celle des deux précédentes. La meilleure provient des étangs de Retz (10,031) ; elle n'est pas irréprochable ; mais, faute de mieux, elle seule convient à l'alimentation.

Les analyses ci-dessus ne sont que la confirmation d'une autre, pratiquée vers le commencement d'août. La nocuité de l'eau établie, nous demandions sans tarder l'application d'une mesure onéreuse et sévère qui devait faire disparaître le mal : à dater du 5 août, en effet, des mesures étaient prises pour que toute l'eau destinée à la boisson fût soumise à une ébullition préalable. Aérée et conservée dans de larges baquets pendant vingt-quatre heures, elle servait à confectionner une boisson hygiénique à raison d'un litre par homme. L'épidémie

---

l'ovaire. Il faut arriver jusqu'à nos jours pour savoir, grâce aux travaux de Négrier, de Coste, Bischoff, Pouchet (précédés peut-être par Power et Girwood), que l'ovulation se fait d'une façon toute spontanée et périodique en dehors des approches du mâle. Cette théorie de l'ovulation est capitale, car par elle nous connaissons comment se produisent la menstruation et par conséquent les déviations pathologiques de cette menstruation qui constituent une grande classe des affections péri-utérines. Au premier rang, je vous citerai l'hématocèle, plus rare qu'on ne l'a cru, dont nous devons la première étude clinique à Nélaton et à Laugier. Puis viennent les phlegmasies de l'ovaire et des organes qui l'environnent. L'ovarite a été vue de tout temps pendant la puerpéralité ; mais celle qui vient en dehors de toute influence puerpérale a été signalée depuis peu, et c'est dans un ouvrage français que vous en trouverez la première description complète et méthodique. Le phlegmon a été le sujet d'une discussion assez acerbe entre Valleix et Nonat ; Nonat se disant l'inventeur, Valleix ne revendiquant d'autre mérite que celui de l'exactitude dans ses descriptions. D'après Bennet, Gendrin les aurait devancés l'un et l'autre.

La séméiologie des autres phlegmasies de la cavité pelvienne autour du système génital, et peut-être sous sa dépendance, est encore pour nous pleine d'obscurités. Mais, j'en suis convaincu, la lumière se fera avant peu et nous ne tarderons peut-être pas à posséder un classement méthodique de ces affections comparables à celui qui a permis de constituer l'histoire clinique de la métrite chronique. Peut-être arriverons-nous aussi à avoir une notion pathogénique exacte sur l'origine et le développement des tumeurs utérines et ovariques, solides ou liquides. Mais, il faut le reconnaître, si jusqu'à présent j'ai eu à citer des travaux français, pour l'étude de ces tumeurs, et en particulier pour leur traitement, l'étranger a apporté un contingent beaucoup plus complet que le nôtre. Ce n'est pas qu'on manquât d'audace en France ; Récamier déjà avait enlevé l'utérus en entier. Mais dans les ovariotomies, les séries n'avaient pas été heureuses ; un chirurgien des plus hardis prédisait un succès possible sur vingt cas, sans pouvoir jamais atteindre ce vingtième cas, tandis qu'en Angleterre les succès étaient nombreux, la guérison était la règle. Nélaton passa le détroit, vit les chirurgiens anglais à l'œuvre et importa en France la pratique de l'ovariotomie qui guérit. Après lui, cette opération devint classique dans son école dont Péan est devenu le plus bril-

N° du registre	Echantillons	Degré hydrotimétrique	Extrait à 100°	Matieres organiqu. calculées en acide oxalique	Chlore	Acide sulfurique	Réaction	Odeur	Saveur	Nitrates	Appréciation
10029	Eau filtrée prise au quartier à 9 h. 30 du matin	56°	0 gr. 73	0.00856	0.046	présence de sulfates	alcaline	nulle	désagréable et terreuse	présence	mauvaise
10030	Eau non filtrée prise au quartier à 9 h. 30 du matin	48°	0 gr. 63	0.00730	0.0448	»	alcaline	nulle	désagréale et terreuse	présence	mauvaise
10031	Eau des étangs de Réty, réservoir de la ville à 1 h. 30.	32°	0 gr. 30	0.00705	0.035	»	alcaline	nulle	non désagréable	présence	mauvaise par la proportion des mat. organiques
10032	Eau du réservoir de la ville (prise à 1 h. 30 du soir)	54°	0 gr. 96	0.00806	0.049	»	alcaline	nulle	désagréable et terreuse	présencc	mauvaise
10033	Eau du puits du Pecq (réservoir intérieur) prise à 2 h. 30 du soir	52°	1 gr. 07	0.00756	0.049	»	alcaline	nulle	terreuse	présence	mauvaisc
10034	Eau du puits du Pecq (réservoir extérieur) prise à 2 h. 30 du soir	48°	0 gr. 78	0.00836	0.042	»	alcaline	désagréable et eau croupie	eau croupie	présence	mauv. et nuisible; prés. d'algues, micrococcus
10035	Eau non filtrée prise au quartier à 4 h. 30	56°	0 gr. 81	0.00982	0.0462	»	alcaline	nulle.	désagréable et terreuse	présence	mauvaise

fut subitement arrêtée; elle exerça seulement ses sévices au camp où les dragons n'avaient probablement pas pu prendre des mesures aussi radicales que nous l'avions fait nous-mêmes. Comme si les preuves se pressaient en foule pour démontrer la nocuité de l'eau, nous pourrions citer des cas de dysenterie survenus pendant le mois d'août, soit au 11°, soit au 18° chasseurs, chez des hommes qui, par fraude et de leur propre aven ultérieur, avaient bu aux robinets consignés.

Nous pensons pouvoir dire de ce qui précède que les épidémies de dysenterie surviennent depuis trois ans, époque présumée où a dû commencer le mélange de l'eau du Pecq et de l'eau de Retz, (les quartiers militaires ne recevaient, il y a quelques années, que de cette dernière); que la maladie commence à peu près dès le moment où fonctionne la machine du Pecq; que l'eau du Pecq est « mauvaise et nuisible », surtout par ses matières organiques, puisqu'il a suffi de la faire bouillir pour que l'épidémie prît fin; qu'une dernière preuve de l'efficacité de la mesure précitée est fournie par la continuation de l'épidémie dans la population civile.

Conclusions. — Les étangs de Retz, en toute saison, et le puits du Pecq, en été seulement, alimentent en eau de boisson la ville de Saint-Germain.

Il y a quelques années, le château et les bâtiments militaires ne recevaient que de l'eau de Retz.

Depuis trois ou quatre ans, les deux eaux, mélangées dans des proportions variables, sont indistinctement distribuées dans tous les quartiers et servent à tous les usages.

C'est à dater de cette époque que surviennent les épidémies de dysenterie. Les atteintes croissent en nombre : 89 cas en 1882, 134 en 1883, 161 en 1884, pour ne parler que de la population militaire, et encore le mal a-t-il été arrêté dans sa marche. La malignité est progressive dans la population civile.

L'affection est certainement due à la mauvaise qualité de l'eau, à la proportion notable des matières organiques qu'elle renferme, puisqu'il a suffi de la donner bouillie pour faire disparaître la maladie.

Le soldat a droit, plus que tout autre, à une eau de qualités irréprochables, puisqu'il n'a pas d'autre boisson, puisque, in-

---

lant et le plus heureux représentant. Aujourd'hui, la jeune génération chirurgicale rivalise de zèle avec lui et les succès ne se comptent plus, favorisés par le pansement de Lister, qui n'a pas participé aux résultats favorables de la première heure, puisqu'il n'était pas encore inventé.

La chirurgie gynécologique a donc fait un progrès immense. Il y a cinquante ans, Lisfranc amputait des cols utérins et n'avait que des insuccès signalés par ses élèves les plus familiers; aujourd'hui, grâce à l'écraseur de Chassaignac ou de Maisonneuve et à l'anse galvanique, nous n'avons jamais de mécompte dans les cas d'hypertrophie simple; nous obtenons même assez souvent la guérison dans les cas de cancer avéré. L'opération de l'amputation conoïde, quoiqu'elle exige l'emploi du bistouri, réussit presque toujours. Je viens de vous parler de l'ovariotomie. Encouragés par ce qu'elle leur a donné, les chirurgiens ont, dans ces derniers temps, pratiqué des extirpations de tumeurs fibreuses, des hystérectomies totales ou partielles. Que faut-il penser de ces opérations si hardies? L'avenir le dira.

La médecine gynécologique a moins avancé, et il reste de nombreuses questions à élucider, surtout en ce qui concerne la pathologie de l'ovaire. Puisque c'est là que se trouvent l'obscurité et l'inconnu, c'est de ce côté que nous devons diriger nos investigations et nos recherches si nous voulons faire des découvertes utiles et fructueuses pour la science et pour la pratique.

Un concours est ouvert par l'Académie royale des sciences de Turin, de 1885 au 31 décembre 1889, pour le grand prix Bressa, et, selon les intentions du testateur, entre les savants de tous les pays.

Ce prix, de la valeur de 12,000 francs, sera décerné au savant qui, de 1885 à 1889, aura fait la découverte la plus remarquable et la plus utile ou qui aura produit l'œuvre la plus considérable dans les sciences physiques et expérimentales, l'histoire naturelle, les mathématiques pures et appliquées à la chimie, la physiologie et la pathologie, voire même la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique.

Les membres nationaux, résidents ou non résidents, de l'Académie royale des sciences de Turin sont seuls exclus de ce concours.

tempérant comme on l'est à son âge, on ne peut l'empêcher de se précipiter à la fontaine à la suite d'un exercice.

Aussi ne doit-on à Saint-Germain lui fournir que de l'eau de Retz, la moins mauvaise de toutes.

Si l'on ne pouvait lui donner à boire l'eau dont nous venons de parler, il faudrait à tout prix revenir, à la fin du printemps prochain, à l'ébullition préalable.

Nous avons la conviction qu'en agissant de la sorte on éviterait à la garnison des maladies qui se traduisent, non seulement par de grandes pertes d'argent et de temps, mais trop souvent encore par la mort.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HOSPICE DES MÉNAGES. — SERVICE DE M. ALBERT ROBIN.

PESSAIRE A DEMEURE. — ATRÉSIE DU COL UTÉRIN. — MÉTRITE CATARRHALE. — RÉTENTION DU PUS DANS L'UTÉRUS. — ACCIDENTS SECONDAIRES D'INTOXICATION. — MORT SUBITE PAR HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE, par G. CONZETTE, interne provisoire du service.

L'atrésie du col chez les femmes âgées n'est point chose très rare. Elle occasionne parfois une rétro-dilatation de la cavité utérine, soit par accumulation de mucus, soit, mais moins fréquemment, par accumulation de muco-pus ou de pus véritable.

Ce fait, toutefois, n'est pas une rareté pathologique, car les auteurs classiques le mentionnent. M. de Sinéty, dans la description anatomique de la métrite interne chronique, parle des obstructions du col et des caractères particuliers du liquide qui se trouve retenu dans l'utérus. Mais il n'est pas aussi fréquent de constater des accidents d'intoxication produits par la résorption du pus emprisonné dans l'utérus. Cependant MM. Siredey et Danlos les mentionnent dans leur article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Ils signalent les douleurs sourdes avec poussées fébriles qui accompagnent cette rétention purulente. Ce sont des cas peu fréquents, d'un diagnostic difficile. C'est à l'un d'eux qu'a trait l'observation suivante :

La nommée Carruel, âgée de 73 ans, sans profession, est pensionnaire aux Petits-Ménages depuis douze ans.

Depuis cinq ans, elle porte un pessaire de porcelaine volumineux. Jamais elle ne l'a retiré ; il est à demeure dans le vagin, comme encastré, et tous les efforts faits pour l'en retirer ont été vains. On a dû y renoncer, dans la crainte de produire une déchirure de la vulve et du périnée.

La malade jouissait d'une bonne santé habituelle lorsque, l'année dernière, elle est entrée à l'infirmerie, présentant une perte d'appétit absolue, de la fièvre, une céphalalgie intense et un ensemble de symptômes généraux qui ont fait redouter la mort. Rien dans ses antécédents ne pouvait justifier ces accidents, aussi soudains que violents. On les attribua alors au pessaire qu'elle portait.

Depuis ce moment, les forces et la santé sont toujours restées chancelantes ; des malaises passagers survenaient incessamment.

La malade, ordinairement très soigneuse de sa personne, a ralenti depuis quelque temps les soins de propreté auxquels elle était accoutumée ; elle a cessé presque complètement les injections qu'elle prenait plusieurs fois dans la journée.

Il y a quinze jours, elle a ressenti dans la région frontale une douleur assez vive qui s'est ensuite irradiée dans toute la tête et jusque dans la nuque. En même temps, courbature, fatigue générale, perte complète d'appétit, vomissements, frissons répétés.

La malade entre à l'infirmerie le 7 janvier.

Ce qui saisit tout d'abord, c'est l'odeur infecte qu'elle répand, odeur paraissant provenir d'un écoulement vaginal assez abondant, mais n'ayant pas les caractères de celle du cancer de l'utérus.

Le faciès est amaigri, pâle ; les yeux sont atones. L'anorexie est complète ; la langue blanche, saburrale. Constipation prononcée.

L'examen des viscères thoraciques ne présente rien de particulier. Quelques râles sibilants dans les deux poumons en arrière, et des râles humides peu nombreux à la base du poumon droit, sans matité ni souffle. Les battements du cœur sont réguliers, les bruits bien frappés. Pouls régulier, un peu faible, de fréquence normale. Le toucher vaginal, rendu difficile par la présence du pessaire, permet de constater que l'utérus est mobile ; le col, de volume ordinaire, sans bosselures, à orifice déchiqueté. Rien dans les culs-de-sac. Température axillaire : 37°,5.

Traitement.— Injections vaginales phéniquées. Deux verres d'eau de Sedlitz.

D'après l'ensemble des symptômes, M. Albert Robin pense à une intoxication par résorption des matières putrides originaires du vagin et de l'utérus.

10 janvier. — Pouls calme. La langue reste blanche, sale, l'abattement persiste. Température axillaire : 37°. L'examen des urines décèle la présence d'albumine en quantité notable. Pas de sucre.

11 janvier. — Le soir, l'abattement est plus prononcé ; faiblesse très grande, yeux éteints, pommettes rouges. Rien à l'auscultation. Pouls petit, dur : 92 pulsations. Température : 37°,3.

Traitement : bagnols, lait.

14 janvier. — Amélioration notable. L'abattement a diminué. La malade se sent plus forte. Elle peut s'asseoir sur son séant avec facilité, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. L'albuminurie a disparu.

20 janvier. — L'amélioration continue. La malade demande à se lever.

21 janvier. — Vers dix heures du soir, la malade se réveille subitement en poussant un cri ; elle accuse une douleur de tête intense. Elle est très agitée pendant quelques instants, puis elle tombe dans un état comateux.

Les membres sont inertes, mais sans paralysie ni anesthésie. Pas de déviation de la bouche ni des yeux. Les pupilles sont contractées, la gauche plus que la droite ; elles ne réagissent plus à la lumière. Perte des réflexes rotuliens.

Pouls fort, fréquent, irrégulier, 108 pulsations. Respiration stertoreuse, profonde ; l'expiration est prolongée et par moments spasmodique. Température axillaire : 36°3.

Vers une heure du matin surviennent des vomissements abondants, à odeur putride.

22 janvier. — Mort à cinq heures du matin.

Les accidents terminaux, les vomissements à odeur putride et aussi l'abaissement de la température ont fait discuter à M. Albert Robin l'idée d'urémie à forme suraiguë. On s'est demandé aussi s'il ne s'agissait pas d'accidents semblables à ceux qu'on observe à la période terminale du cancer de l'utérus et qui sont dus à la pression de la tumeur sur les uretères. Mais ces diverses hypothèses ne furent point adoptées et la doute sur la cause de la mort persista jusqu'à l'autopsie.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — L'hémisphère droit présente à la surface des circonvolutions une masse de caillots qui tombent quand on coupe la dure-mère. Celle-ci n'est pas plus adhérente que de coutume à la face interne du crâne. Elle est un peu épaissie, sans fausses membranes.

A la base du crâne, du côté droit, caillots abondants. Les circonvolutions frontales de la base droite sont désorganisées par un-

foyer hémorrhagique se prolongeant dans l'épaisseur du cerveau jusqu'aux pédoncules.

Organes génitaux. — Le vagin est très dilaté et paraît absolument sain. Le col est complètement effacé; il ne présente aucune altération.

L'orifice intérieur du col est bouché, et l'utérus, distendu, a le volume d'une petite poire; il est rempli de pus verdâtre. Le pus est extrêmement épais, il est presque concret et se détache avec beaucoup de peine sous un filet d'eau. Il n'a pas mauvaise odeur.

La muqueuse de l'utérus est légèrement violacée, sans présenter d'altération bien grave.

Petits kystes sur l'ovaire gauche. Le droit est tout à fait atrophié.

Reins. — Le rein gauche est petit; le droit, un peu plus volumineux. Leur coloration est normale, sans altération bien nette.

Les uretères ne sont pas dilatés; ils ne présentent aucune altération.

Poumons. — Emphysémateux. Un peu de congestion à la base du poumon droit. Pas de tubercules aux sommets.

Cœur. — Volume normal, sans altérations valvulaires.

Laissant de côté les accidents terminaux, qui sont purement fortuits, nous essayerons de montrer qu'un lien étroit unit la présence du pus dans l'utérus et les symptômes présentés par la malade, qu'il y a entre ces deux ordres de faits des relations de cause à effet.

On ne saurait inculper les lésions cérébrales d'avoir produit la dépression et l'abattement du début. Ces lésions sont apparues subitement, comme l'autopsie l'a montré, et aucun phénomène nerveux antérieur à l'hémorrhagie ne s'est manifesté.

Quant aux viscères thoraciques, les lésions minimes qui existent aux poumons ne peuvent en donner raison.

Il ne s'agit point non plus de l'embarras gastrique ordinaire et nous n'en donnerons pour preuve que l'albuminurie qui a servi à M. Albert Robin à éliminer cette affection.

Ces troubles gastriques ressemblent peut-être davantage à ceux qu'on observe si fréquemment dans les métrites aiguës. Mais dans le cas présent on ne peut accuser la métrite en elle-même, car elle était de vieille date et les accidents ont toujours présenté une forme paroxystique.

Il n'y a donc que la présence du pus dans l'utérus qui puisse expliquer tous les accidents.

En effet, les premiers phénomènes remontant à un an, l'état chancelant de la santé dans cet intervalle, une deuxième intoxication aiguë, pour ainsi dire, coïncidant avec le ralentissement des soins de propreté, l'ensemble des symptômes, l'abattement surtout et les frissons, la présence de l'albumine dans l'urine, enfin la diminution des accidents par les injections répétées, paraissent bien établir une parenté étroite entre ces accidents et la présence du pus dans l'utérus et de sécrétions putrides dans le vagin.

Si maintenant on essaye de rétablir l'ordre d'après lequel les faits se sont passés, il est probable qu'on doit voir dans le pessaire la cause première des accidents. Ce pessaire, d'un volume considérable, à demeure cinq années dans le vagin, a dû déterminer à la longue une inflammation chronique de la muqueuse vaginale et du col utérin, puis de la muqueuse de l'organe. Tant que le canal cervical est resté libre et tant que le pus a trouvé libre passage, la malade n'a éprouvé aucune atteinte, mais dès que l'oblitération est survenue, alors elle a commencé à ressentir les premiers symptômes de l'intoxication.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX ANGLAIS

Bubon scarlatineux. — Incision. — Large et profonde ulcération mettant à nu les gros vaisseaux du cou. — Guérison; par M. Glover Williams (The Lancet, 28 févr. 1885).

Un enfant de six ans, robuste d'ailleurs, souffrait depuis plusieurs jours de mal de gorge, accompagné d'un mouvement fébrile très prononcé, lorsqu'il fut examiné, pour la première fois, le 23 octobre 1883. On constata une ulcération superficielle sur chaque amygdale; les ganglions rétro-maxillaires et ceux situés sur le bord interne des muscles sterno-mastoïdiens étaient volumineux et douloureux à la pression, principalement du côté gauche. Fièvre vive, agitation; pas d'éruption. La mère de ce jeune garçon affirmait n'avoir vu non plus aucune tache éruptive les jours précédents.

Le 25 octobre. — Même état local. La fièvre était plus vive. T. 102° F. Toujours pas d'éruption.

Le 28 octobre. — Les ulcérations des amygdales avaient beaucoup gagné en étendue et en profondeur. Le gonflement ganglionnaire s'était aussi accentué. Les ganglions de l'angle de la mâchoire et du bord interne du sterno-mastoïdien formaient du côté gauche du cou une tumeur inflammatoire large et tendue, fort douloureuse, mais sans fluctuation.

Le 3 novembre. — L'ulcération de l'amygdale gauche avait gagné le pilier antérieur du voile du palais et le bord correspondant de la langue. T. 103 F.

Le 5 novembre. — Même état local, mêmes symptômes généraux.

Le 7 novembre. — La tumeur ganglionnaire, devenue fluctuante, est incisée; l'abcès ne fournit que peu de pus. Les jours suivants, la peau décollée et amincie au-devant de la cavité de l'abcès se sphacéla, mettant ainsi à nu une vaste surface étendue du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche à la ligne médiane du cou, soit une bonne partie de la région sus-hyoïdienne. Au fond de cette large ulcération, on voyait battre la carotide et l'artère thyroïdienne supérieure qui traversait l'angle interne de la plaie. — Lavages antiseptiques et pansements à l'iodoforme.

A partir de ce moment, les ulcérations des amygdales se réparèrent; le fond de la grande ulcération se mit à bourgeonner; la température tomba rapidement au degré normal.

Dans la seconde semaine de décembre, la perte de substance était à peu près comblée, les mouvements du cou étaient libres; en même temps une desquamation en larges squames de la face et des mains se produisait, venant ainsi témoigner de l'éruption scarlatineuse des premiers jours qui avait passé inaperçue.

Il n'y eut jamais d'albumine dans les urines.

On sait la gravité habituelle de ces vastes bubons scarlatineux.

En égard à sa terminaison heureuse, ce cas méritait d'être cité.

Taille vésicale. — Gros calcul phosphatique dont le noyau était constitué par un embout de pipe, par M. R. Harrison, chirurgien de l'hôpital de Liverpool (The Lancet, 14 févr. 1885)

Robert H..., 33 ans, marin, entre à l'hôpital de Liverpool le 23 juin 1884, se plaignant de divers symptômes vésicaux.

Dans les premiers jours de décembre 1883, cet homme avait éprouvé de vives épreintes après la miction. Le 13 du même mois, il se fractura la jambe et fut admis à l'hôpital. Pendant le temps que sa fracture mit à se consolider, il souffrit beaucoup d'épreintes et de douleurs dans la vessie; il rendit même deux petits calculs. Guéri de sa fracture, il quitta l'hôpital, pour y retourner bientôt.

L'exploration de sa vessie fit reconnaître l'existence d'un calcul très allongé et d'une forme bizarre. Cette dernière particularité fit pencher le choix du mode d'intervention vers la taille.

Le 27 juin 1884, l'opération fut pratiquée. On retira un volumineux calcul phosphatique qui s'effrita entre les mors de la pince. On vit alors que le noyau de cette pierre était constitué par un embout de pipe qui gardait encore une odeur de tabac très nette et autour duquel était enroulé un petit cordonnet de soie; la longueur de ce fragment de tuyau était de 7 à 8 centimètres.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses et le malade se rétablit rapidement.

Quand on lui présenta ce corps du délit en lui demandant par quelle voie il avait pu pénétrer dans la vessie, il répondit qu'il était bien aise de le revoir et qu'il l'avait *avalé* un jour en jouant avec ses camarades du bord. Comme on insistait sur le peu de vraisemblance de ce récit, il affirma à nouveau qu'il l'avait *avalé*, ajoutant qu'il ne se ferait certes aucun scrupule d'avouer la vérité s'il l'avait introduit par tout autre chemin.

Bien que ce fait ait quelque analogie avec l'histoire du haricot de Civiale, haricot qui avait pénétré, comme chacun sait, « par les voies mystérieuses de la circulation », on peut supposer que le bout de pipe avalé par ce marin s'était introduit dans la vessie par une ulcération lente des parois intestinales. L'auteur de cette observation émet du moins cette hypothèse, la seule qu'on puisse admettre après tout. Il cite à l'appui un autre fait de A. Roberts (1), dans lequel un crayon avait pareillement pénétré dans la vessie et servi de noyau à des dépôts calcaires après avoir été avalé devant témoins.

RALENTISSEMENT DU POULS. — CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES. — MORT. — AUTOPSIE, par M. le docteur GIBBINGS, de Londres. (THE LANCET, 14 février 1885.)

Le sujet de cette observation était un homme âgé de 66 ans, sans aucun antécédent héréditaire neuropathique. Dans ses antécédents personnels, il accusait une pleurésie vers l'âge de 20 ans. Il présentait un arc sénile très marqué; ses artères n'étaient pas athéromateuses. Aussi loin que pouvaient remonter ses souvenirs, il avait remarqué des intermittences de son pouls qui l'avaient fort étonné.

Il n'avait jamais eu de rhumatisme; il n'était ni syphilitique, ni goutteux. En somme, il s'était toujours bien porté, lorsqu'au mois de mai 1882 il se plaignit d'une grande faiblesse, de difficulté à respirer lorsqu'il se livrait au moindre effort; il éprouvait aussi la nuit, et de temps à autre, de violents accès de dyspnée qui duraient quelques minutes et cessaient brusquement comme ils étaient venus. A cette époque, ses urines étaient normales, ses poumons sains; on constata seulement quelques irrégularités du pouls coïncidant avec des intermittences des mouvements du cœur dont les bruits étaient d'ailleurs d'une netteté parfaite. Pouls : 50 pulsations à la minute.

Un mois après, cet essoufflement, ces accès de dyspnée nocturnes qui avaient amené le malade à consulter s'amendaient subitement, et il put reprendre ses occupations.

Les accidents reparurent en décembre 1882. En l'examinant à nouveau, on fut frappé de la lenteur excessive du pouls qui, tout en étant d'une régularité parfaite, ne donnait que 44 pulsations à la minute.

En janvier 1883, mêmes symptômes; faiblesse extrême, dyspnée au moindre effort. Pouls 34. Bientôt de nouveaux phénomènes se produisirent. Le malade fut pris d'attaques épileptiformes. Quelques secondes avant l'attaque, le pouls devenait d'une lenteur excessive; il tombait à 20, 15 et 13 pulsations, puis cessait de battre; le malade pâlissait aussitôt, ses pupilles se dilataient, les convulsions éclataient et duraient quelques minutes; la fin de l'accès était précédée par la réapparition du pouls. Ces accès se répétaient un nombre de fois variable chaque jour. Dans les intervalles, le nombre des pulsations ne dépassait jamais 30 on 34. Plusieurs médecins appelés en consultation furent témoins de ces phénomènes et constatèrent que la température restait normale, que les bruits du cœur étaient parfaitement normaux, que le ralentissement du pouls paraissait être dû à une prolongation exagérée de la diastole, que l'auscultation pulmonaire ne fournissait non plus aucun signe. Dans les intervalles des accès, le nombre des inspirations, régulières d'ailleurs, varia entre 18 et 24 par minute.

Le 6 mars le malade, en s'asseyant, s'affaissa subitement et mourut.

A l'autopsie, un examen minutieux du cœur, du cerveau, du bulbe, montra que tous ces organes étaient sains. Les artères n'étaient athéromateuses en aucun point. Les reins et le foie étaient normaux. Quelques grammes de liquide dans la plèvre droite, sans traces de pleurite, sans fausses membranes, et ce fut tout.

Un cas analogue au précédent a été publié cette année par M. le docteur Mivart (1). Il est vraisemblable que, dans ces deux faits, les convulsions observées étaient dues au défaut d'irrigation de la moelle allongée, à l'anémie bulbaire causée par ce ralentissement excessif des mouvements du cœur. Tout l'intérêt de cette observation se portait donc naturellement sur la détermination, ou tout au moins la recherche des causes de ce ralentissement. Un examen histologique détaillé des noyaux bulbaires, du trajet du pneumogastrique et du cœur, s'imposait. Il est regrettable qu'il n'ait pas été pratiqué.

A. DUPIL.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ (1883-1884), par M. S. JACCOUD, professeur de clinique à la Faculté de Paris. — Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le nouvel ouvrage de M. Jaccoud commence par l'éloge du professeur Lasègue et par l'exposé des principes qui constituent la base et la règle de l'enseignement et de l'étude clini-

(1) MEDICAL TIMES AND GAZ. (juin 1859).

(1) Voir THE LANCET, 3 janvier 1885.

ques. « La clinique n'envisage que les faits isolés ; elle étudie des individus alors que la pathologie étudie des espèces. En présence d'un malade, ce n'est pas seulement l'espèce morbide que le clinicien doit reconnaître ; cette première obligation remplie, il doit rechercher les particularités des cas qu'il a sous les yeux ; il doit en saisir l'analogie et les différences avec le type de l'espèce, et demander à ces caractères individuels les raisons de son pronostic et les indications de son traitement. » Le médecin doit savoir profiter de toutes les données fournies par la physiologie et la pathologie expérimentale, mais sans se laisser asservir à toutes leurs conclusions. La connaissance de la maladie ne peut surgir que de l'observation des malades qui la réalisent, avec la spontanéité propre et individuellement variable de leur organisme. La clinique reste le juge suprême, puisqu'en mainte circonstance elle condamne sans réserve, quant aux applications médicales, les faits expérimentaux et les données pathogéniques qui sont le plus solidement établies par les recherches du laboratoire.

Le volume contient une série de leçons portant sur les maladies du foie, du cœur et des gros vaisseaux, de l'appareil respiratoire et sur la fièvre typhoïde.

M. Jaccoud condamne une fois de plus la théorie de la cholémie dans l'ictère grave. C'est l'acholie qui tue, dit-il, c'est-à-dire la suppression de la sécrétion biliaire et des fonctions du foie. La rétention des matières grasses et de la cholestérine dans le sang, la rétention des éléments générateurs des acides biliaires, la rétention de l'urée, les troubles de la fonction glycogénique du foie, les altérations de tous les organes par le sang ainsi vicié, tels sont les effets de la suppression des fonctions du foie, de l'acholie. L'état dyscrasique, qui est ainsi créé, étend fatalement ses effets à tout l'organisme et donne lieu au syndrome clinique appelé « ictère grave », syndrome qui s'explique mieux par l'acholie et la cessation de l'hématose du foie, par l'*asphyxie hépatique*, que par l'intervention d'une substance isolée, d'un poison spécial.

Signalons aussi, à propos de la cirrhose, les vues particulières de M. le professeur Jaccoud.

La cirrhose de Laënnec et la cirrhose hypertrophique biliaire ne sont pour moi, dit-il, que deux formes d'une même espèce morbide. L'hépatite interstitielle est atrophique ou hypertrophique, suivant son point de départ et sa fixité dans son siége primitif. Mais les différences symptomatiques qui en résultent ne sont pas suffisantes pour faire admettre deux maladies spéciales et distinctes. Cette dualité ne peut être acceptée que pour les types extrêmes et purs. A côté d'eux, on est obligé de faire une large place aux formes mixtes à la fois veineuses et biliaires, formes mixtes qui s'affirment tantôt dès le début, tantôt dans le cours de la cirrhose. Il est à noter, en outre, que les conditions étiologiques sont à peu près les mêmes pour les deux formes : l'abus de l'alcool et des épices, l'impaludisme, etc...

Dans les leçons suivantes sur l'anévrysme de l'aorte, nous ferons remarquer les pages consacrées à l'étude de la médiastinite et à celles du traitement. Les leçons qui traitent du pneumothorax partiel, de l'abcès sous-phrénique et de la séméiologie de l'espace semi-lunaire sont d'un haut intérêt pratique. Elles sont le développement et la confirmation des recherches dont M. Jaccoud avait autrefois présenté les résultats à l'Académie, dans sa communication sur la pleurésie multiloculaire. Appuyé sur de nouvelles observations, l'auteur fait ressortir l'importance de la séméiologie de l'espace semi-lunaire et notamment la nécessité de bien reconnaître les adhérences qui peuvent fixer le diaphragme aux côtes et altérer la sonorité normale en ce point. Plusieurs observations démontrent que, dans le cas d'épanchement thoracique nécessitant la thoracentèse ou l'empyème, on est exposé à pénétrer dans la cavité péritonéale, faute d'avoir reconnu cette adhérence.

M. Jaccoud ne considère pas la pectoriloquie aphone comme un signe de grande valeur pour le diagnostic des épanchements purulents ; « elle peut manquer dans les épanchements séreux et se montrer dans les épanchements purulents et hémorrhagiques. » Elle peut exister en outre dans la pneumonie, dans la tuberculose avec induration du sommet des poumons, dans les cas d'excavations tuberculeuses, etc. C'est un phénomène issu de la respiration bronchique forte, et il existe toutes les fois qu'il y a un foyer de souffle de ce genre ; il n'y a pas de relation nécessaire entre la pectoriloquie aphone et un épanchement pleural quelconque.

Dans les chapitres suivants, consacrés à l'étude de la phthisie, M. Jaccoud expose les conséquences de la découverte du bacille de la tuberculose et recherche l'influence qu'elle a pu exercer sur la connaissance de l'étiologie, du diagnostic et du traitement de la phthisie. Il établit que des travaux importants, et notamment ceux de Villemin, avaient démontré la nature infectieuse de la tuberculose avant la découverte de Koch. Toutes les conséquences qui dérivent de cette notion avaient été tirées dans de nombreuses publications ; la connaissance du bacille n'a fait que préciser, que donner un corps, pour ainsi dire, aux données que l'on possédait déjà. Elle n'a fait que corroborer les indications prophylactiques et thérapeutiques qui avaient été déjà posées par l'auteur dans ses Leçons de 1881, sur la curabilité et le traitement de la phthisie pulmonaire.

L'ouvrage se termine par une étude complète d'une forme spéciale de la fièvre typhoïde, la forme sudorale. Elle a été observée surtout en Italie, où elle est relativement fréquente, mais M. Jaccoud l'a reconnue cependant plusieurs fois à Paris, bien qu'elle se présente avec des caractères moins tranchés qu'en Italie. Elle est très remarquable en ce sens que le malade ne présente à aucun moment l'aspect typhique. Tout est dans la fièvre et dans les sueurs. On a sous les yeux un simple fébricitant, dont les forces diminuent proportionnellement à la durée et au degré de la fièvre, et à l'abondance des pertes sudorales. Une fois la fièvre et les sueurs terminées, aucun incident ne trouble la convalescence, qui n'a d'autre labeur que la réparation des forces. La fièvre est remarquable par l'intermittence très marquée du début, intermittence qui devient de la rémittence plus tard. La température est très élevée et la fièvre résiste à l'action du sulfate de quinine. Toutefois l'intermittence du début peut manquer, et c'est la diaphorèse, abondante avec paroxysmes, continue jusqu'à la convalescence, qui caractérise le mieux cette forme de la fièvre typhoïde dont le pronostic est d'ailleurs habituellement bénin.

Nous sommes obligé de nous borner, dans cette brève analyse, au compte rendu de quelques chapitres des leçons nouvelles de M. Jaccoud. Mais les autres ne présentent pas un moindre intérêt : la méningite tuberculeuse de l'adulte, l'ectopie rénale et les accidents d'étranglement qui peuvent l'accompagner, l'étude de la chlorose fébrile et de son traitement par les ferrugineux, les leçons sur l'endocardite infectieuse, les oreillons, la pneumonie, etc., mériteraient d'être analysées

au même titre. Nous signalerons aussi d'une manière spéciale l'étude d'un cas d'atrophie nerveuse progressive consécutive à un sarcome vertébro-crânien.

Nous ne dirons qu'un mot de la forme de cet ouvrage : le lecteur y retrouvera la netteté des plans, la clarté des descriptions, la richesse du style, qui ont toujours donné tant de relief à toutes les œuvres du savant professeur.

F. BALZER.

BULLETIN

CONGRÈS SCIENTIFIQUES. — RÉUNIONS PROFESSIONNELLES.

Les congés de Pâques sont loin d'être un temps de chômage pour la profession médicale. Nous ne parlons pas seulement des praticiens qui, pour la plupart, connaissent peu le repos, mais des confrères plus heureux qui peuvent se permettre quelques loisirs. Or ceux-ci sont accourus en nombre à Paris, les uns pour prendre part au Congrès de chirurgie ou au Congrès des sociétés savantes, les autres pour étudier et poursuivre en commun la solution de questions professionnelles. La France n'a pas le monopole de ce mouvement : deux congrès, l'un de chirurgie, l'autre de médecine, se tiennent concurremment en Allemagne.

Le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES rendra compte des travaux de ces divers congrès, et la GAZETTE MÉDICALE tiendra ses lecteurs au courant des propositions émises et des décisions prises dans les réunions professionnelles. Les quelques lignes qui vont suivre sont comme une préface à ce double compte rendu.

Si l'institution, en France, d'un congrès annuel de chirurgie a soulevé dès le début quelques objections, le succès de cette première session a donné pleinement raison à ceux qui en ont conçu l'idée ou qui en ont poursuivi l'exécution. De nombreux chirurgiens, non seulement de la France, mais de l'étranger, ont répondu à l'appel qui leur a été fait ; le programme tracé par le Comité d'organisation a été grandement rempli ; l'initiative laissée à chacun pour traiter telle question spéciale de son choix a donné tout ce qu'on pouvait en attendre ; la fortune de la Société a rapidement atteint un chiffre qui assure une large publicité à ses travaux : inaugurée sous d'aussi heureux auspices, l'institution nouvelle est donc appelée à parcourir une longue et brillante carrière.

Dans sa séance d'organisation, le Congrès a voté ses statuts et ses règlements. On a décidé, fort sagement suivant nous, que Paris serait le siège permanent des sessions annuelles. Celles-ci ont été reportées de la semaine de Pâques à la deuxième quinzaine d'octobre, afin de permettre d'y assister à un plus grand nombre de chirurgiens étrangers retenus, pendant la semaine de Pâques, par le Congrès des chirurgiens allemands. Le Congrès a eu, et aura sans doute encore à modifier quelques points de détail sur lesquels nous n'avons pas à nous arrêter.

Dans son discours d'ouverture, le président du Congrès, M. Trélat, après avoir rappelé la transformation que, sous la double influence de l'anesthésie et de l'antisepsie, la chirurgie a subie depuis vingt ans, s'est demandé le rôle qu'a joué la chirurgie française et la part qui lui revient dans ce mouvement progressif. Il l'a montrée se gardant également des traditions ou des pratiques surannées et des hardiesses excessives ou des entraînements irréfléchis, et marchant d'un pas prudent mais sûr. Cet esprit, qui a dirigé et dirige encore la chirurgie française, nous semble se dégager des travaux du Congrès actuel ou plutôt les avoir inspirés.

Nous avons peu de chose à dire du *Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne*, sinon à exprimer de nouveau le vœu que les sciences médicales y prennent une plus large part à côté des sciences naturelles.

On a reproché parfois, non sans quelque raison, à l'*Association générale des médecins de France*, de s'immobiliser en fermant l'oreille aux différentes propositions émanées de l'initiative individuelle ou collective. L'Association générale, ou, pour être plus exact, le Conseil général de l'Association a cessé de mériter ce reproche, et l'on pourra juger, par le prochain compte rendu du secrétaire général, comme par le rapport de MM. Foville et Vannesson sur les syndicats, que le Conseil général est prêt désormais à accueillir et à examiner avec le plus grand soin toute proposition tendant à améliorer les conditions morales et matérielles de la profession.

A côté de l'Association générale, une institution bien jeune encore, mais née viable, quoi qu'on en ait dit, et se développant de manière à transformer en certitude les espérances qu'on avait conçues, la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, tiendra ses premières assises générales depuis sa fondation. Nous ne voulons pas anticiper sur les comptes rendus du secrétaire général et du trésorier et ajournons au prochain numéro l'exposé de la situation de l'œuvre.

Dr F. DE RANSE.

NOTES & INFORMATIONS

L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS. — Les membres de l'Association, réunis le lundi 30 mars, salle de l'Avenir, pour célébrer l'anniversaire de la fondation de l'Association, voulant envoyer un témoignage de patriotique sympathie à leurs frères qui défendent si vaillamment l'honneur du drapeau français, ont décidé, à l'unanimité, de prendre l'initiative d'une grande souscription pour les blessés du Tonkin.

Les étudiants adressent un chaleureux appel à leurs amis des Facultés et Ecoles, à leurs jeunes camarades des lycées et collèges, et à tous les patriotes désireux d'apporter un soulagement aux souffrances de nos soldats.

Les cotisations seront reçues tous les jours (le dimanche de neuf heures à onze heures du matin), au siège social, rue des Ecoles, 41.

Des listes de souscription seront envoyées dans toutes les Facultés et lycées de province où les étudiants de Paris ont le ferme espoir que leur appel ne restera pas sans écho.

LE DOCTEUR MAILLOT. — Plusieurs députés viennent de signer et de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi ayant pour objet d'accorder, à titre de récompense nationale, une pension de 6,000 francs à M. le docteur Maillot, ancien médecin inspecteur et président du Conseil de santé des armées. Cet hommage, un peu tardif, car M. Maillot a passé quatre-vingts ans, est rendu en toute justice au médecin qui, en instituant la médication quinique contre les fièvres d'Algérie, a sauvé de la mort un nombre considérable de nos soldats, de nos nationaux et contribué ainsi à l'essor et à la prospérité de notre première colonie.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Lucas, ancien médecin de l'hospice de Bicêtre et de l'asile Sainte-Anne, ancien président de la Société médico-psychologique. Il est l'auteur du *Traité de l'hérédité naturelle*, ouvrage remarquable couronné par l'Académie des sciences.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Paul Loye, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours de médecine légale, en remplacement de M. Josias, démissionnaire.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté en date du 28 mars 1885, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à cette école, s'ouvrira le 12 octobre 1885. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Gamel est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

***

M. René Goblet, député, est nommé ministre de l'instruction publique, en remplacement de M. Fallières.

— Sir William Jenner vient d'être élu pour la cinquième fois président du Collège royal des médecins de Londres.

***

HÔPITAUX DE LYON. — A la suite du dernier concours, le docteur Weill a été nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

BUREAU DE BIENFAISANCE. — MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 26 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 23 avril 1885, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— Par arrêté préfectoral en date du 6 de ce mois, les médecins des vingt bureaux de bienfaisance de Paris sont prorogés dans leurs fonctions pour une année à dater du 15 avril 1885.

ÉLECTION. — M. le docteur Navarre a été élu conseiller municipal de Paris pour le quartier de la Gare (XIIIe arrondissement).

***

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. — *Prix à décerner en 1886 et en 1887.* — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Des divers modes de vaccination ; de l'âge auquel il convient le mieux de vacciner ; des préjugés à combattre au sujet de la vaccination.

2° Etudier l'influence de la profession maternelle sur la fécondité des femmes, la marche de la grossesse, la vitalité et la santé des enfants.

Une ou plusieurs médailles d'or, etc., seront décernées par la Société aux auteurs des meilleurs mémoires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS. — *Concours.* — Un prix de 200 fr. sera décerné dans la séance du mois d'octobre au meilleur mémoire présenté par un médecin de la région. La Société n'indique pas de sujet et se contente de recommander aux concurrents l'étude des maladies au point de vue des causes qui les produisent et du mode suivant lequel elles se propagent.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 15 août au président de la Société.

— La Société médico-psychologique décernera en 1886 les prix suivants :

PRIX AUBANEL. — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Ce prix est de la valeur de 2.400 francs.

PRIX BELHOMME. — Ce prix, de la valeur de 1 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit relatif à *l'idiotie*, et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenus dans les Facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1885.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, avant le 31 décembre 1885, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

***

COURS COMPLET D'ACCOUCHEMENTS EN 42 LEÇONS. — MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchements le lundi 27 avril, à quatre heures et demie du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les étudiants seront exercés au diagnostic des présentations et positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin, ainsi qu'aux manœuvres obstétricales. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi, à une heure.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES A L'HÔTEL-DIEU. — M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra, le mardi 14 avril, ses leçons interrompues pendant les vacances de Pâques.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 12 avril 1885, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Des malades seront présentées, autant que possible, aux élèves.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

1. M. Genet. De la gangrène des extrémités au cours de la néphrite. — 2. M. Pissot. Du traitement méthodique du tétanos par la fève de Calabar ou son principe actif, l'ésérine. — 3. M. Fournier. Des variations de l'urée dans quelques maladies fébriles. — 4. M. Sénac. Du lipome congénital. — 5. M. Bernard. De l'aphasie et de ses diverses formes. — 6. M. Tagle. Contribution à l'étude du non-restraint. — 7. M. Girard. Luxations en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. — 8. M. Veilleau. Crises viscérales de l'ataxie locomotrice progressive. — 9. M. Coursier.

Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon. — 10. M. Ricard. De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. — 11. M. Valude. Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. — 12. M. Morin. Etude sur l'ostéotomie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 MARS AU SAMEDI 4 AVRIL 1885.

Fièvre typhoïde 23. — Variole 2. — Rougeole 56. — Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 45. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 201. — Autres tuberculoses 33. — Autres affections générales 57. — Malformation et débilité des âges extrêmes 58. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 113. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 28. — au sein et mixte 20. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 96. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 105. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 10. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire. 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 34. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1,150 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel pratique de médecine militaire, par le docteur Audet, médecin-major à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr. Un joli volume in-18 cartonné diamant, avec planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Annual report of the Board of regents of the smithsonian institution, showing the operations expenditures, and condition of the institution for the year, 1882. Un fort volume cartonné in-8 de 860 pages avec figures dans le texte. « Government printing office Washington ».

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice (Paralysie des nerfs moteurs. — Atrophie des nerfs optiques. — Névrite de la 5e paire. — Traitement), par le docteur Galezowski, une brochure in-8. — Prix : 1 fr. 50 — Paris, librairie Félix Alcan, successeur de Germer-Baillière et Cᵉ, 108, boulevard Saint-Germain.

De la fréquence et de la répartition de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Martellière, une brochure in-4 de 70 pages avec planches lithographiées hors texte. — Imprimerie Chaix, rue de la Sainte-Chapelle, 5, à Paris.

Etude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par le docteur de Gennes. Un volume in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Diseases of the spinal cord. by Byrom Bramwell, M. D. F. R. C. P. (Edinburg), avec 183 figures dans le texte. — Young, J. Pentland, éditeur, à Edinburg.

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker, par le docteur Charles Monod. Un vol. in-8 de 127 pages avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Publications du PROGRÈS MÉDICAL.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 16 18 AVRIL 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — CLASSIFICATION, ÉTIOLOGIE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Leçon de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Au point de vue physiologique, il faut tenir compte de l'attention plus ou moins grande que le malade prête aux indications fournies par ses sensations vésicales et de la manière dont il gouverne sa vessie. Sous l'influence d'une retenue prolongée de l'urine, l'inflammation peut éclater, et, dans ce cas, présenter d'emblée une gravité considérable ; c'est que, là encore, cette fatigue anormale imposée à la vessie appelle un afflux de sang vers les parois vésicales et que cette congestion s'étendra aux reins avec la plus grande facilité. Prouvée par la clinique, cette néphrite congestive l'est aussi par la physiologie expérimentale. Dans tous ces cas, le pronostic doit être des plus sévères. Toutes les personnes qui sont tenues à un repos prolongé y sont exposées ; certaines professions, celle de cocher entre autres, y prédisposent ; les femmes y sont également sujettes ; mais ce sont les prostatiques qui en sont le plus souvent atteints ; c'est malheureusement aussi chez eux que des complications se montrent le plus facilement ; l'état de dilatation et de congestion habituelle des parties supérieures de l'appareil urinaire hâte la propagation du mal, et ils sont, pour ainsi dire, en imminence de néphrite.

Un des points les plus intéressants dans l'histoire des cystites est la part que les diathèses prennent à leur apparition. Toutes peuvent sans doute être mises en jeu dans des circonstances voulues, mais ont une importance des plus différentes. Par exemple, les diathèses arthritique et rhumatismale jouent peut-être un rôle dans les circonstances qui nous occupent. Mais les faits que j'ai observés jusqu'ici ne sont pas assez concluants pour que je me sois fait une idée précise à cet égard. Elles établissent probablement une prédisposition ; mais peuvent-elles provoquer une cystite sans cause déterminante ? C'est ce que je n'oserais affirmer ; d'ailleurs elles ne donnent pas à l'inflammation vésicale un caractère particulier qui permette d'y reconnaître l'influence de cette diathèse. J'en dirai autant de la scrofule.

Tout au contraire, le tubercule donne à la maladie son cachet spécial et domine réellement l'apparition et la marche de la cystite. Les tuberculeux prennent avec la plus grande facilité, et pour ainsi dire sans cause, une cystite qui, apparue tout à coup, s'aggrave tantôt brusquement, tantôt peu à peu et insensiblement. Aux envies d'uriner fréquentes, bientôt douloureuses, s'ajoutent des hématuries, puis enfin le pus apparaît dans l'urine, sans qu'il soit permis ordinairement de rapporter cet état à une cause occasionnelle. Ce début et cette

FEUILLETON

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Il est peut-être un peu tard pour faire paraître dans nos colonnes le discours prononcé par le professeur Trélat à l'inauguration du Congrès de chirurgie : nos lecteurs nous pardonneront, lorsqu'ils auront apprécié comment, sous une forme des plus littéraires, le président du Congrès trace la voie prudente et progressive que doit suivre la chirurgie française contemporaine.

Messieurs, chers et honorés collègues,

Vous le savez généralement, mais il est nécessaire de le redire aujourd'hui : c'est une lettre adressée à la Société de chirurgie par notre collègue M. le docteur Demons, chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, qui a donné l'impulsion première à la création de notre Congrès. Dans cette lettre fort courte, M. Demons soulevait l'idée d'un Congrès de chirurgiens français et demandait à la Société de chirurgie de Paris de prendre la direction de l'œuvre.

La proposition était sérieuse ; elle fut appuyée, et immédiatement une Commission de cinq membres fut nommée pour en examiner la valeur. Cette Commission se composait de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Chauvel et Horteloup, secrétaire général de la Société. Par suite, lorsque cette Commission d'examen devint un Comité d'organisation, le nombre de ses membres fut porté à sept par l'adjonction de MM. Bouilly et Ch. Monod. Nous aurions désiré nous adjoindre des collègues de la province, mais, en considérant la nécessité de réunions fréquentes et de délibérations répétées, nous dûmes renoncer à ce désir rationnel, mais irréalisable.

La Commission d'examen exposa à la Société de chirurgie qu'en toute matière les Congrès étaient, vu la facilité des déplacements, l'une des manifestations d'activité féconde les plus caractéristiques de notre temps ; que les exemples et les modèles à imiter se présentaient de tous côtés ; qu'une grande nation voisine avait très profitablement institué son Congrès national de chirurgiens ; que, sous l'empire de découvertes scientifiques d'une part et de création de centres d'enseignements de l'autre, le nombre des chirur-

marche sont de la plus haute importance à connaître pour le diagnostic; dès qu'une cystite s'établit sans raison, avec persistance et ténacité, le pronostic doit être très réservé, car la tuberculisation est à craindre. Or une fois que la cystite tuberculeuse se sera installée, elle ne cessera pas; on lui verra parcourir les trois stades que nous rappelions tout à l'heure: congestion, hématurie, cystite; elle pourra rétrograder quelque peu; elle offrira des périodes d'accalmie, mais elle ne guérira pas.

Ce mode de début est d'autant plus remarquable que des manifestations d'une autre diathèse, la diathèse cancéreuse par exemple, peuvent exister dans la vessie, sans y produire de cystite. Elles donnent lieu à des hématuries, mais ce n'est que tardivement, et même exceptionnellement que l'inflammation éclate. Voilà donc des exemples de néoplasmes développés dans la vessie; dans un cas, la cystite est violente, précoce, tenace; dans l'autre, elle est très rare, n'apparaît qu'à la fin de la maladie; la nature du néoplasme est donc très importante à préciser et démontre l'influence considérable que possèdent les manifestations diathésiques.

Je passerai rapidement sur les cystites survenant dans le cours d'une maladie infectieuse. On ne peut certes nier leur existence dans la fièvre typhoïde par exemple, la variole, la pyohémie; mais elles ne sont que des épiphénomènes d'une maladie générale et elles ne prennent pas de physionomie particulière. Au contraire de toutes les causes où on a lieu de croire à l'existence d'un agent infectieux, la blennorrhagie est une des plus puissantes et des plus tenaces. Quand la maladie a gagné l'uréthre postérieur et la région cervicale de la vessie, elle s'en empare; s'il s'agit d'une inflammation aiguë, on peut la calmer assez facilement; mais aussitôt que ces premiers symptômes sont dissipés, le danger n'en reste pas moins grand et la guérison n'est trop souvent qu'apparente, en dépit d'un silence complet pendant des mois et des années. Cette uréthrite profonde peut donc donner des signes à peine perceptibles; mais la cause la plus légère rallumera l'incendie. Dans d'autres cas même elle restera à l'état latent, quelquefois d'autres symptômes permettront d'en découvrir l'existence; nombre de spasmes, de contractures du col, sont de nature réflexe et produits par cette inflammation de voisinage; ce sont des symptômes d'uréthro-cystite blennorrhagique incomplètement guérie. Je vous signale cette lésion, qui semble à peine exister et qu'il faut chercher avec persistance pour la découvrir, comme une des causes les plus puissantes de cystite. A mesure que les recherches se multiplient, elle apparaît de plus en plus clairement comme étant de nature infectieuse, et cette notion peut servir à expliquer la ténacité de l'affection passée à l'état chronique, et les retours offensifs auxquelles elle est sujette.

Dans certains cas, la cystite puise sa cause dans des troubles profonds apportés à l'organisme; je veux parler de celles qui surviennent sous l'influence du système nerveux. C'est surtout M. Charcot qui a appelé l'attention sur ce point en cherchant à prouver qu'un sujet atteint de paraplégie, et plus généralement de myélite, est prédisposé à la cystite non par le fait de la rétention qui existe souvent, mais parce qu'en même temps on observe des troubles trophiques des parois vésicales. Dans ces cas, il faut faire la part du malade et de la maladie. Chez les paraplégiques, le séjour prolongé de l'urine aboutit bien plus facilement à la cystite que chez ceux qui, pour tout autre cause, présentent purement et simplement de la rétention. Ce sont des prédisposés qui franchissent très aisément le degré qui sépare la congestion de l'inflammation; les troubles trophiques ou tout au moins l'état particulier dans lequel se trouvaient les parois vésicales jouent un rôle important qu'on ne saurait trop avoir présent à l'esprit, car vous ne devez pas conclure, pas plus pour cet ordre de faits que pour tous les autres, que rétention d'urine est synonyme de cystite.

En passant en revue les diverses causes qui déterminent une inflammation vésicale, vous avez pu vous rendre compte de l'utilité qu'il y avait à prendre l'étiologie comme base d'une classification des cystites. L'étude de l'anatomie pathologique vous convaincra tout à fait de cette nécessité, je l'espère. Je vais tout d'abord vous montrer deux pièces qui appartiennent à une variété rare de cystite, dans laquelle l'inflammation, gagnant de proche en proche toutes les tuniques, produit une cystite totale. Ce n'est pas là le genre de lésions que vous rencontrerez le plus souvent, et la muqueuse est le siège ordinaire, des altérations qui peuvent envahir toute sa surface ou au contraire rester limitées au pourtour du col. Mais je tiens à vous parler de suite de cette pièce, qu'une autopsie récente me permet de vous présenter.

Elle provient d'un malade que vous avez vu couché au no 1

---

giens avait beaucoup augmenté en France, et que, malgré l'existence de très estimables Sociétés de province, ces nombreux chirurgiens n'avaient pas de centre de réunion, pas de tribune pour faire connaître leurs travaux.

La Société de chirurgie de Paris fonctionne, il est vrai, depuis plus de quarante ans avec une activité régulièrement croissante. Elle tient à honneur d'avoir été pendant cette longue période le foyer principal de la pratique chirurgicale française. Rien ne permet de douter qu'elle conserve ce rôle longtemps encore dans les conditions où elle l'a rempli jusqu'ici. Mais précisément en raison de la constance et de la régularité de sa vie scientifique, la Société de chirurgie, dont les ordres du jour sont constamment chargés, est soumise à des nécessités de forme et de temps qui ne permettent pas à tous les travaux de se produire à la fois, ni même rapidement.

La Société vit clairement qu'il n'y avait entre son existence et la création d'un Congrès de chirurgie ni contradiction ni double emploi; elle comprit qu'elle n'avait rien à modifier à son rôle d'organe vigoureux de la vie régulière, tandis que le Congrès représenterait un effort rare, puisqu'il devait être annuel, mais puissant puisqu'il appelait toutes les bonnes volontés, toutes les capacités et qu'à doubler la moisson on ne risquait de diminuer aucune part.

Dès lors la Société de chirurgie accepta pour ainsi dire à l'unanimité la création du Congrès de chirurgie. Son rôle devait d'ailleurs se borner à fournir un personnel d'organisation, sorte d'organe fœtal dont toute la fonction devait cesser au moment même de votre naissance.

Dans la séance du 4 juin 1884, la Commission d'examen fut transformée en Comité d'organisation et se trouva par conséquent composée, ainsi que je l'ai déjà indiqué, de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Horteloup, Chauvel, Bouilly et Ch. Monod.

Nous nous sommes employés de notre mieux à remplir la belle tâche qui nous avait été confiée; je n'ai pas à insister sur ce point, mais je crois être l'interprète du Congrès tout entier en remerciant publiquement ici le zélé secrétaire du Comité, M. Pozzi, dont l'activité ne s'est pas un instant démentie.

Il fallait susciter et réunir des adhésions, choisir et préparer des questions, régler des ordres du jour, étudier minutieusement, sous forme de statuts et de règlements, la constitution de notre œuvre. Vous voudrez bien croire que cela n'a pas été l'affaire d'un jour ni

de notre salle; il était entré avec une distension absolue, lentement établie et de date ancienne. Ces conditions devaient favoriser la propagation de l'inflammation à l'appareil rénal et un pronostic grave a été porté dès le début; bientôt, en effet, une poussée inflammatoire aiguë déterminait la mort. A l'autopsie, nous avons trouvé une vessie énormément distendue qui nous offre l'exemple d'une inflammation totale. La muqueuse est rouge, violacée, ecchymosée par places, les vaisseaux se dessinent à sa surface; mais, en outre, la tunique musculeuse est épaissie irrégulièrement, partout indurée, et offre à la coupe un tissu d'un rouge vif parsemé de stries grisâtres; c'est un type de cystite interstitielle. Les lésions ne s'arrêtent pas là, et l'enveloppe séreuse est envahie ellemême. Des adhérences unissaient la vessie aux anses intestinales; cette péricystite était assez intense pour que du pus ait été trouvé entre la couche musculeuse de la vessie et le péritoine; les uretères sont extrêmement dilatés; les reins vous présentent des lésions de néphrite ancienne avec des foyers purulents récents.

Voici maintenant une autre vessie dont les parois sont d'une épaisseur plus grande encore et telle qu'elle a égaré le diagnostic. En effet, les symptômes observés avaient conduit à une intervention opératoire et une double cystotomie, périnéale d'abord, puis hypogastrique, avait été pratiquée. Le doigt pénétrant dans la cavité vésicale rencontrait des tissus d'une grande dureté et d'un manque absolu de souplesse; la muqueuse était irrégulière et cet ensemble avait amené à penser qu'on était en présence d'une dégénérescence cancéreuse générale de la vessie. La pièce que vous avez sous les yeux prouve qu'il n'en est rien; c'est un remarquable exemple de cystite interstitielle totale, et sur cette coupe vous voyez que, si toutes les tuniques fournissent leur contingent à cette augmentation de volume, c'est la tunique musculeuse qui y participe pour la plus large part. Ce que l'examen à l'œil nu vous montre, trouve sa confirmation dans l'étude histologique des tissus, qui a permis de constater partout de la cystite interstitielle et en aucun point une dégénérescence cancéreuse.

La première de ces pièces présente en outre un fait du plus haut intérêt: je veux parler d'une pseudo-membrane qui tapisse une grande partie de la face interne; adhérente en certains points, elle se laisse soulever sur d'autres et montre la muqueuse violemment enflammée. Elle est de formation récente, et il est rationnel de supposer qu'elle s'est développée en quelques jours, au moment où les accidents aigus se sont montrés. Ces productions naissent pendant le cours des cystites d'une extrême intensité, de celles qu'on désignait autrefois sous le nom de cystites traumatiques. Or, ici le traumatisme n'existe pas; le malade a été cathétérisé avec une sonde de caoutchouc rouge; l'évacuation a été faite lentement et par petites quantités; toutes les précautions antiseptiques ont été prises. Mais il y avait une lésion ancienne, à développement lent. La distension s'était produite graduellement et la vessie se trouvait dans un état habituel de congestion qui, sans cause pour ainsi dire, a franchi les limites où elle était contenue et a pris les caractères d'une violente inflammation.

Je ne saurais trop vous rappeler la recommandation que je vous faisais, au début de cette leçon, de ne pas créer d'espèces de cystite sans qu'elles reposent à la fois sur l'étiologie et sur l'anatomie pathologique. En effet, voici deux autres pièces de pseudo-membranes développées dans des conditions toutes différentes. Celle-ci, bien que non continue, a envahi toute la vessie, l'urèthre prostatique et se prolonge dans les uretères et les bassinets. Elle appartenait à un malade chez lequel un calcul s'était arrêté dans l'urèthre. Or c'est précisément en arrière de cet obstacle, cause permanente d'inflammation, que s'est développée la fausse membrane. La partie antérieure de l'urèthre est saine et non enflamée. Je ne ferai que vous montrer la troisième pièce et vous la signaler comme une curiosité anatomique; la pseudo-membrane tapisse complètement les parois et forme une poche adventice complète incluse dans la véritable vessie; elle provient d'un calculeux. Vous voyez combien sont variées les circonstances dans lesquelles se développent ces productions et combien il serait peu juste de faire de la cystite pseudo-membraneuse une espèce particulière.

Les formes dont je viens de vous parler représentent des cas extrêmes qui se présenteront rarement à votre observation. La cystite muqueuse, au contraire, est un fait banal et commun, et ce sont ses lésions qui produisent la plupart des cystites dont vous aurez à suivre la marche.

Tantôt toute la muqueuse est envahie, de l'urèthre aux uretères; tantôt elle n'atteint qu'une partie de la vessie; en ce cas, c'est toujours la région cervicale qui est envahie. L'inflammation siège uniquement sur la muqueuse qui tapisse le

d'une seule réunion, mais qu'il a fallu multiplier les conférences et les délibérations pour aboutir.

Notre désir était de constituer un être viable et même vigoureux s'il était possible. Nous nous sentions les serviteurs d'une idée heureuse, d'une œuvre faite pour donner satisfaction à un besoin actuel. Nous allions ouvrir une sorte de champ de culture intensive pour la chirurgie française, un grand concours annuel où ses tendances, ses doctrines, ses travaux viendraient se produire et se manifester dans la pleine lumière d'une large publicité.

C'est sous l'empire de ces idées que nous avons rédigé le premier article de nos statuts, et que nous avons choisi le nom de Congrès français de chirurgie. Sous ce frontispice peuvent passer à l'aise, comme nous l'avons dit, tous ceux qui pensent que la chirurgie française reste une chirurgie active et méritante.

Dans le cours de ce siècle, des révolutions soudaines ou lentes ont agité le monde politique et social. Mais que dire de celles qui ont remué la science jusque dans ses profondeurs? La science, les sciences de tout ordre ont fait de si gigantesques progrès, de si vastes conquêtes, que ce dix-neuvième siècle pourra, en toute justice, être marqué comme l'ère scientifique de l'humanité.

Deux découvertes ont transformé les bases de la pratique chirurgicale et prodigieusement accru le domaine et les bienfaits de notre art. La première en date, l'anesthésie, est déjà vieille de quarante années. L'autre, l'antisepsie, dès longtemps entrevue et confusément cherchée, n'a été vraiment réalisée que depuis quinze ans, et chaque jour elle accomplit de nouveaux progrès. Saluons ici les noms de Pasteur, de Lister et d'Alph. Guérin; de Pasteur, qui a fondé la théorie scientifique, de Lister et d'Alph. Guérin, qui ont démontré la réalité des faits.

Nous qui devons au fâcheux privilège de l'âge d'avoir vu l'aurore de ces deux maîtresses découvertes et d'avoir assisté à leur évolution et à leur développement, nous pouvons témoigner de la grandeur de leurs conséquences. Par elles, les limites de la chirurgie ont été reculées et son règne s'est affermi. La pathologie proprement dite, les ressources opératoires et la puissance thérapeutique ont également bénéficié de ces conquêtes, conquêtes si étendues qu'il serait bien audacieux de vouloir en marquer aujourd'hui les bornes définitives.

Dans cette rénovation, dans cette large et rapide expansion, les

col et le trigone. Ces lésions donnent lieu à des symptômes très nettement caractérisés sur lesquels j'insisterai bientôt et qui ont permis de décrire à part une cystite du col. Ici l'anatomie pathologique est en parfait accord avec la clinique. Bien que les autopsies dans lesquelles on est à même de constater les lésions d'une cystite du col soient rares, tout récemment M. Leprévost en a relaté un cas des plus intéressants dans sa thèse. Le fait observé montre bien clairement la localisation précise et rigoureuse des lésions au trigone et au col.

Je n'ai pas, dans cette étude générale, l'intention de vous retracer en détail les lésions communes qui caractérisent la cystite muqueuse. Vous savez que la muqueuse est rouge, injectée, que des ecchymoses s'y montrent par places; la muqueuse, irrégulière, offre quelquefois des granulations qui envahissent la couche musculeuse. J'insisterai seulement sur l'absence ordinaire d'ulcérations. Les pertes de substances de la muqueuse sont, en effet, des plus rares, et, dans la vessie comme dans l'urèthre, je n'en ai rencontré que fort peu d'exemples. Je me hâte de faire une exception pour la cystite tuberculeuse, qui a, au contraire, une tendance fatale à l'ulcération. La présence des tubercules détermine tôt ou tard des solutions de continuité peu profondes, dues à la chute de l'épithélium et de la partie la plus superficielle de la muqueuse. On peut les comparer à une brûlure au troisième degré, aussi bien au point de vue anatomique qu'en considérant les symptômes auxquels elles donnent lieu. Elles sont, en effet, extrêmement douloureuses, et cela à toutes les périodes de leur évolution. Cette sensibibilité précoce qu'elles communiquent à la vessie donne l'explication de bien de ces phénomènes douloureux, de besoins impérieux et violents qui créent un état maladif assez mal déterminé et qu'on a désigné en Angleterre sous le nom de vessie irritable. La plupart des cas se rapportent à des cystites tuberculeuses en voie de développement. Si vous suivez ces malades, vous ne tarderez pas à voir apparaître ou une hématurie ou des signes physiques qui ne permettront plus au diagnostic de s'égarer. Sous ce rapport, je vous ferai encore remarquer que vous devez opposer le tubercule aux autres néoplasmes, au cancer, par exemple; dans ce cas, il y a tumeur et non ulcération. Aussi la douleur est-elle tardive et exceptionnelle.

En dehors du tubercule, une ulcération vésicale est un fait exceptionnel; les corps étrangers contenus dans la vessie ne font pas exception à cette règle; en première ligne, je citerai les calculeux; je vous ai déjà donné les raisons pour lesquelles non seulement la muqueuse ne présente pas de solution de continuité, mais encore n'offre que très rarement des lésions de cystite. J'en dirai autant des corps étrangers venus du dehors. On a signalé des faits qui créent, en apparence tout au moins, des exceptions à cette règle, et M. Terrillon a tout récemment rapporté à la Société de chirurgie l'observation d'un homme qui s'était introduit un crayon dans la vessie; ce corps étranger s'était, suivant la règle, placé en travers et au niveau de ses deux extrémités on trouvait une ulcération et même une perforation qui livrait passage à la pointe du crayon. Mais ici les conditions n'étaient plus comparables à celles dont nous parlions; le corps étranger n'était pas libre dans la cavité vésicale et exerçait par ses deux extrémités une pression continue qui a produit le sphacèle des deux points blessés. Il en est de ce fait comme des ulcérations qui se produisent dans l'urèthre au contact d'une sonde à demeure. Si la verge a été courbée avec force, si on l'a pliée, par exemple, pour maintenir l'orifice de la sonde dans un urinoir, — le fait est malheureusement trop fréquent, — on verra, au niveau de la courbure, la muqueuse comprimée se nécroser et une perte de substance en résultera. Mais ce sont là des exceptions; il faut des conditions particulières pour que la vessie s'ulcère sous l'action d'un corps étranger, et c'est là une rareté pathologique.

Que devient la capacité de la vessie pendant le cours d'une cystite? Vous entendrez dire tantôt qu'elle augmente, tantôt qu'elle diminue. L'examen des pièces que vous avez sous les yeux semble mal fait pour lever ce doute, et vous voyez les plus grandes différences parmi ces vessies qui toutes portent des traces de cystite. Il faut interpréter les lésions. Retenez bien ce fait: en dépit des apparences, une vessie ne s'agrandit pas sous l'influence d'une cystite; voici, il est vrai, une énorme vessie dont la muqueuse est rouge violacé, vascularisée et remplie d'ecchymoses; mais elle était déjà grande au moment où elle s'est enflammée; elle provient d'un prostatique qui est entré dans la salle avec une distension extrême; c'est dans ces conditions que nous avons vu éclater la cystite; celle-ci n'a certainement pas produit la distension qui est le résultat d'une maladie antérieure.

Au contraire, une vessie enflammée diminue ordinairement

---

nations et les individus ont subi leurs caractères généraux et progressé dans le sens de leurs aptitudes naturelles.

La chirurgie française a-t elle perdu quelque chose de sa précision anatomique, de son habileté opératoire, de sa hardiesse subordonnée à l'expérience, de sa finesse experte dans le diagnostic, de sa prudence dans la recherche des indications?

A-t-elle cessé de revendiquer comme une doctrine fondamentale la connaissance précise des résultats définitifs des opérations? N'est-ce pas en raison de cette étude poursuivie dans notre pays avec tant de constance et de largeur, que notre chirurgie, essentiellement médicatrice, se montre parfois si peu enthousiaste de nouveautés insuffisamment justifiées?

N'y a-t-il pas lieu d'autre part de suivre, avec la plus persévérante attention, les travaux des nations voisines et de ne pas nous attarder en des jugements dont les bases sont mobiles et changeantes suivant les progrès accomplis? Ne devons-nous pas nous défier autant des résistances surannées et rétrogrades que des audaces infructueuses et des entraînements irréfléchis? Ne pouvons-nous enfin ramasser dans nos mains la critique la plus compétente avec la pratique la plus parfaite?

C'est pour répondre par le détail et par les faits à ces hautes questions générales que nous vous avons appelés. C'est pour y répondre que vous êtes accourus et que, pour la première fois, nous nous réunissons dans ces assises de la chirurgie française.

Au nom du comité d'organisation, nous vous remercions d'avoir si bien répondu à notre appel; comme chirurgiens, nous vous félicitons d'avoir compris que cette réunion est à la fois un acte de perfectionnement scientifique et un acte de dévouement patriotique.

Mais ce double motif n'existe que pour nos compatriotes. A nos collègues venus de l'étranger nous devons des remercîments sans mélange. Leur présence nous fait honneur et plaisir. *Utile dulci*, nous avons leur travail et leur amitié. Combien nous sommes heureux d'avoir tenu grandes ouvertes les portes de notre Congrès! Nous avons voulu que tous ceux qui suivent la marche et les progrès de la chirurgie française pussent y trouver bonne place et bon accueil, et nous n'avons qu'à nous applaudir de ce libéralisme, puisque nous comptons des collègues d'Italie, de Suisse, de Belgique, de Hollande, de Russie, de Pologne et d'Amérique. Es-

de capacité. La paroi musculaire augmente presque toujours d'épaisseur, et il est relativement rare de voir une vessie enflammée avec des parois minces. L'hypertrophie concentrique ainsi produite, et qui devient énorme dans certaines circonstances, prend naissance sous l'influence des besoins fréquents d'uriner; le réservoir vésical ne peut plus contenir qu'une très petite quantité d'urine et perd l'habitude de se laisser distendre. Cette contractibilité est d'ailleurs extrêmement variable; telle vessie qui tolérait à peine 10 grammes d'urine pourra, au bout de quelque temps, après un repos prolongé ou placée dans certaines conditions, quand le sujet a été anesthésié au moyen du chloroforme par exemple, en admettre 500 grammes et plus. Vous pourrez bien souvent constater ce phénomène pendant le cours d'une lithotritie. Aussi veux-je, en terminant, fixer votre attention sur ce fait : c'est que la vessie ne s'agrandit pas, mais qu'elle se rétrécit sous l'action de l'inflammation. Cette diminution de capacité reconnaît deux causes : l'une physiologique, variable et susceptible de modifications; l'autre, d'ordre anatomique, qui crée une lésion incurable et définitive.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie des abcès fétides des membres, par le docteur G. Nepveu, ancien interne, chef de laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, membre des sociétés de chirurgie, de biologie anatomique, etc.

Le rôle des organismes inférieurs dans la putréfaction a été établi d'une manière irréfutable par M. Pasteur; ils sont les agents des transformations principales des corps putrescibles. C'était, il y a vingt ans à peine, une brillante hypothèse, fondée il est vrai sur de retentissantes expériences, mais elle devait cependant attendre d'une foule de vérifications de détails son titre définitivement acquis maintenant de loi générale. De toutes parts pathologistes et expérimentateurs sont venus en foule lui porter l'hommage de nombreuses confirmations. Sans doute il y a des négateurs hardis, comme Rindfleisch, par exemple, qui ne trouvent pas de bactériens dans la putréfaction inodore des enfants morts-nés, comme Helmholtz, Trécul, Robin, Frémy, Billroth, qui ont soutenu cette idée que la putréfaction des corps albumineux peut avoir lieu sans ces organismes.

A ces chimistes de haut rang, à ces pathologistes éminents, nous répondrons que des objectifs plus puissants, que des moyens de coloration nouveaux ont reculé la limite de la visibilité, et qu'actuellement c'est le microscope seul qui fait loi dans ce domaine. Alors, nous dira quelque douteur, certainement il peut y avoir des bactériens dans les abcès fétides du tronc; ces abcès sont généralement en rapport étroit de voisinage avec les diverses sections de tubes digestifs où les bactériens, comme on sait, se pressent par millions. Quoi d'étonnant à cela? Les microtraumas si fréquents des diverses sections du canal alimentaire, par exemple, les amènent jusqu'au sein des tissus voisins. Certaines lésions peuvent même déterminer leur migration, leur pénétration spontanée dans les régions périphériques (1).

Nous admettons, ajoutera notre sceptique, votre explication pour les abcès fétides péricavitaires; mais comment expliquez-vous la production d'abcès fétides profonds des membres? d'où viendraient vos bactériens en pareil cas?

Les faits vont répondre d'eux-mêmes.

On observe les abcès fétides dans des circonstances assez diverses : *tantôt* une cause extérieure, une piqûre d'os, une plaie minuscule, peuvent donner lieu à une inoculation immédiate de produits septiques et de bactériens; ainsi s'observent certaines dermites des doigts ou des pieds dont les vésicules purulentes donnent une odeur particulièrement nauséabonde; deux ou trois fois j'y ai trouvé des bactériens en très grande quantité; *tantôt* il s'agit d'un sujet atteint d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique, dans le sang duquel se trouvent des bactériens (septicémie, pyémie, fièvre puerpérale, etc.); dans ces conditions, il peut survenir dans l'épaisseur des membres un abcès extrêmement fétide.

Ces faits sont assez rares, et je n'en ai aucun de ce genre à vous communiquer; je dois les rappeler au préalable. Avant de m'attacher à mettre en lumière une condition particulière de leur production, qui fait voir d'une manière non douteuse la persistance extraordinaire, la pérennité pour ainsi dire des

(1) Nepveu. *Présence des bactériens dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale*. Société de biologie, 9 juin 1883.

sayons de leur inspirer le besoin de revenir chaque année s'asseoir parmi nous.

A tous, Messieurs et chers collègues, nous souhaitons la même bienvenue, à tous le travail fécond et profitable; à notre œuvre commune, au Congrès français de chirurgie, nous souhaitons le succès par l'utilité et les services rendus.

Distinctions accordées aux personnes qui se sont signalées par des services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique. — Parmi les personnes qui ont montré un grand dévouement pendant l'épidémie cholérique, les médecins occupent naturellement le premier rang; ils ont eu aussi une large part dans les récompenses. Nous ne saurions reproduire les noms de tous ceux qui ont reçu des médailles d'or, d'argent ou des mentions honorables. Nous devons nous borner à citer ceux qui ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur : MM. les docteurs Brouardel (de Paris); Cazelles, préfet des Bouches-du-Rhône.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Proust (de Paris); Combalat, Queirel, Métaxas (de Marseille); Benoît (de Montpellier); Pamard (d'Avignon).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Benoît (de Privas); Labrot (de Saint-Germain); Mayet (de Lyon); Nicolas-Duranty, Rampal, Villard, Trastour, Besson, Mireur (de Marseille); Gay (d'Arles); Bourguet (d'Aix); Giustiniani (d'Ajaccio); Laurens (de Nyons); Dussaud (de Nîmes); Cambassèdès (du Vigan); André (de Toulouse); Hamelin, Mossé (de Montpellier); Marie (de Prades); Fodéré (de Paris); Long, Perreymond, Rey-Escudier (de Toulon); Campagne (de Montdevergues); Herbelin (de Noirmoutier); Fonteneau (d'Oran); Mouilleron, Jette (de Bône); Bernard, ancien interne; Rességuier (de Carcassonne), actuellement décédé.

* *

Ecole pratique. — Le docteur Letulle commencera son cours sur la Pathologie du Rein, le jeudi 16 avril à 5 heures, amphithéâtre n° 1, et continuera ses leçons les lundis et jeudis de chaque semaine à la même heure.

bactériens ou de leur descendance et leur rôle indubitable dans la production de la fétidité des collections liquides.

Première observation. — Douville (Louis), âgé de 33 ans, monteur en cuivre, entre en janvier 1885 no 26 salle Michon, dans le service de M. Verneuil, pour un vaste abcès de la partie moyenne du bras droit.

Il raconte qu'en 1871, pendant la Commune, le 25 mai, il reçut une balle qui lui fit une fracture comminutive de l'humérus à sa partie moyenne. Pendant près de deux ans, il erra d'hôpitaux en hôpitaux (hôpital militaire de Vincennes, hôpital de Versailles, etc.), sans arriver à la guérison. En 1873, il fut transféré par l'autorité militaire à Avignon.

M. Pamard, qui le vit alors, entreprit tout aussitôt l'extraction de séquestres assez volumineux. Il fut rapidement soulagé, mais la dernière fistule ne se ferma complètement que vers le 12 juin 1874, lors de sa sortie de l'hôpital d'Avignon.

Depuis lors, la guérison parut complète, et jamais en aucune circonstance cet homme, très intelligent du reste, ne ressentit la moindre fatigue, la moindre douleur.

Vers Noël dernier, en décembre 1884, voulant enlever sur son épaule un panier chargé de bois, il éprouve une vive douleur à l'endroit même de son ancienne blessure. Cette douleur augmente peu à peu, le bras se tuméfie, la peau est tendue, rouge et luisante.

A son entrée à la Pitié, on constate en ce point un volumineux abcès et une notable tuméfaction de l'humérus. L'état général du malade est peu satisfaisant; la fièvre est vive; l'appétit nul. Il est très amaigri, très épuisé. Le 1er février, la température monte à 39,6; le 2 février, M. Verneuil ouvre l'abcès sous-cutané, et il s'en échappe un flot de pus extraordinairement fétide; puis, au fond de sa cavité, le chirurgien porte une couronne de trépan sur l'humérus, qui avait en ce point 6 centimètres d'épaisseur; il ouvre ainsi un second foyer purulent sous-jacent au premier et renfermant du pus tout aussi fétide.

Dans cette cavité, on ne trouva ni corps étranger, ni séquestre. On avait donc à faire ici à une ostéomyélite traumatique prolongée, analogue entièrement à celles qui se produisent spontanément et qu'a si bien décrites M. Lannelongue.

Le pus qui s'était échappé de ces collections était tellement fétide que tout l'amphithéâtre s'en trouvait infecté et qu'on dût remettre les opérations qui restaient à faire à une séance ultérieure.

Ce pus, recueilli dans l'abcès même, au moyen d'un tube de Pasteur, que je fermai immédiatement à la lampe, renfermait une quantité prodigieuse de bactériens sous forme de micrococcus ou de bactériens isolés, ou réunis en chaînettes de très petit volume, presqu'aussi petits que les bacilles de la tuberculose; ils se coloraient merveilleusement à la safranine. L'extraordinaire, la prodigieuse quantité de ces bactériens, que je n'ai jamais vue aussi grande dans aucun liquide, me semble devoir être notée tout particulièrement, comme aussi leur extrême petitesse.

Dans ma seconde observation, la fétidité du pus était tout aussi grande, la quantité des bactériens tout aussi prodigieuse.

En voici l'histoire en raccourci d'après les notes cliniques de M. Verchères:

Prure (François), 68 ans, entre le 30 décembre 1884, salle Michon, nº 62, dans le service de M. Verneuil.

Il fut blessé, raconte-t-il, en 1870, à la bataille de Rezonville, en deux endroits.

Une boîte à mitraille lui fit une fracture compliquée de l'avant-bras gauche, qui guérit avec un cal volumineux.

Au mollet gauche, il reçut une balle qui, fracturant le péroné, traversa d'un côté à l'autre toute la masse musculaire.

Il guérit parfaitement de ces deux blessures, sans accidents d'aucune sorte, et depuis lors (1870) notre homme ne ressentit jamais rien de ses blessures; il allait, venait, marchait comme auparavant.

L'an dernier, la veille de Noël, en décembre 1884, soit près de quatorze ans après sa blessure, il ressentit pour la première fois quelques vagues douleurs dans le mollet; il se mit à boiter; dès le lendemain, pris de violents frissons, il était obligé de s'aliter.

Il n'entra que plus tard à l'hôpital, le 30 décembre, mais alors la tension du mollet était considérable, la peau d'un rouge vif et la fluctuation très marquée le long de la crête du tibia; toute la masse musculaire était extrêmement douloureuse.

Le 1er janvier 1885, on lui fit une double incision, l'une en dehors, l'autre en dedans, toutes deux profondes et arrivant jusqu'au milieu de la jambe. Il en sortit une quantité considérable d'un pus extrêmement fétide; à l'intérieur de cet abcès, on trouva un petit fragment d'os d'un demi-centimètre de long.

Deux tubes à drainage traversèrent la cavité, qui diminua lentement de volume; des lavages phéniqués et le pansement antiseptique contribuèrent puissamment à ce résultat; le 14 février, le malade sortait de l'hôpital définitivement guéri.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. Sur l'origine infectieuse du tétanos, par A. Nicolaier (1). — II. Sur une variété de synovite aiguë purulente (arthrite « catarrhale » aiguë) qui se rencontre chez les enfants, et sur les coccus en chaînettes qu'on rencontre dans cette affection, par Krause (2). — III. Sur la scarlatine survenant comme complication d'un traumatisme, par Patin (3).

I. Dans le cours de recherches faites pour étudier les micro-organismes du sol, M. Nicolaier a constaté, accidentellement, que l'inoculation de particules de terre végétale, provenant de localités très diverses, engendrait (69 fois sur 140 inoculations) des phénomènes morbides ayant la plus grande ressemblance avec le tétanos: contracture tétanique persistante de certains groupes de muscles; accès passagers de contracture violente des extenseurs, survenant d'une façon spontanée ou sous l'influence d'une légère excitation périphérique.

Les inoculations ont été faites sur des souris, à la racine de la queue, sur des lapins et des cobayes dans une poche pratiquée à cet effet sous la peau. Les accidents tétaniques éclataient au bout de 36 à 60 heures chez les souris, au bout de 4 ou 5 jours chez les lapins et les cobayes; la patte de derrière, située dans le voisinage immédiat des lieux d'inoculation, était envahie par une raideur croissante, qui s'étendait ensuite aux autres membres, et, en dernier lieu, aux muscles du tronc. Chez les lapins, les muscles masticateurs étaient également contracturés. Les animaux succombaient aux progrès de l'asphyxie, les souris de 12 à 20 heures, et les lapins de 34 à 48 heures après l'apparition des premiers accidents. Ces mêmes expériences d'inoculation, poursuivies sur des chiens, n'ont donné que des résultats négatifs.

L'examen microscopique a fait découvrir la présence de

(1) Deutsche medic. Wochenschrift, 1884, no 52.
(2) Berliner klin. Wochenschrift, 1884, no 43.
(3) Würzburg, 1884, et Centralblatt für Chirurgie, 1885, no 5.

bacilles et de microcoques au siège de l'inoculation, sur les parois de la poche qui étaient tapissés par une mince conche de pus. Parmi ces diverses espèces de micro-organismes, il s'en est trouvé une, représentée par des filaments grêles, allongés, un peu plus longs et moins épais que les bacilles de la septicémie des souris, décrits par Koch. Les bactéries appartenant à cette espèce immigrent seules dans le tissu cellulaire sous-cutané, où on les découvre à l'état d'isolement. On ne les a point retrouvées dans le sang, ni, à de rares exceptions près, dans les muscles et les nerfs, mais, l'une ou l'autre fois, dane la gaine du sciatique et dans la moelle.

Les inoculations pratiquées avec des échantillons de terre, préalablement soumis à l'échauffement pendant une heure, ont toujoure échoué. Les résultats étaient incertains quand on employait comme matière à inoculation un extrait aqueux obtenu par filtration d'eau dans laquelle on avait laissé digérer de la terre pendant deux heures. Les inoculations faites avec du pus recueilli dans la poche sous-cutanée ont abouti 64 fois sur 88; l'évolution des accidents était plus rapide que dans les cas où on avait inoculé de la terre. Des inoculations pratiquées avec des fragments d'organes provenant des animaux en expérience n'ont donné des résultats positifs que dans la proportion de 14 sur 52. Des cultures faites dans la gélatine de Koch n'ont pas donné de résultats; les ensemencements faits dans du sérum sanguin coagulé et maintenu à la température du sang vivant n'ont donné que des produits impurs; toutefois, les inoculations à très petites doses (1/2 à 1 goutte) pratiquées sur d'autres animaux avec ces produits de culture ont constamment donné naissance aux accidents mentionnés plus haut.

II. Krause publie deux observations tirées du service de Volkmann et qui se rapportent à une forme particulière d'arthrite infantile dont Volkmann avait déjà fait mention dans son livre intitulé : « *Contributions à la chirurgie* » (1). Voici les caractères de cette arthrite :

Tout d'abord l'affection ne paraît pas être très rare; Volkmann a pu en réunir une cinquantaine de cas. Elle se rencontre surtout chez les enfants très jeunes (de 1 à 4 ans). Toujours elle frappe une seule articulation, le plus souvent un genou, ou, par ordre de fréquence décroissante, une épaule, une des articulations du cou-de-pied, du conde, de la hanche. L'affection se développe en dehors de toute cause occasionnelle appréciable (ni traumatisme, ni maladie infectieuse). L'évolution clinique montre suffisamment qu'il ne s'agit pas d'un rhumatisme mono-articulaire. La jointure affectée se remplit rapidement de liquide, en même temps que les parties molles péri-articulaires deviennent le siège d'une rougeur et d'une tuméfaction phlegmoneuse; avec cela, on observe une fièvre plus ou moins forte. L'infiltration purulente qui s'opère dans les tissus péri-articulaires nécessite bientôt des incisions, si on veut éviter que le pus se fraye spontanément un chemin au dehors. Quand on pratique des incisions précoces, on donne issue à un liquide vitreux, semblable au mucus nasal, parsemé d'épaisses stries jaunes de pus, et qui est formé par la synovie. Quand on fait des incisions tardives, le liquide qui s'échappe est franchement purulent. L'ouverture large de la cavité articulaire, telle que la pratique Volkmann depuis l'adoption du pansement antiseptique, montre la synoviale fortement tuméfiée, d'un rouge vif; ses bords soulevés font saillie au-dessus du cartilage.

Cette affection se termine presque toujours en très peu de temps par la guérison, et par une guérison complète, sans troubles fonctionnels consécutifs. Toutefois, dans l'un ou l'autre cas où l'on avait trop tardé à pratiquer des incisions, l'affection a laissé à sa suite des traces, telle qu'une ankylose. Assez souvent on voit se produire une subluxation au genou, une luxation à la hanche; en général, on vient à bout de ces complications en opérant la réduction après avoir incisé les parties molles; quelquefois cependant ces déplacements des surfaces articulaires persistent; elles peuvent faire croire plus tard à une luxation congénitale. Volkmann en a vu des exemples; quand il s'agit d'une luxation de la hanche, consécutive à la forme spéciale d'arthrite, dont il est question ici, on est frappé de l'extrême mobilité de la tête du fémur.

La seconde des deux observations rapportée dans le travail de Krause est relative à un enfant d'un an, chez lequel l'arthrite occupait une des articulations coxo-fémorales. Une incision pratiquée à la face antérieure de la cuisse ne livrait que difficilement passage au pus. Quatre jours plus tard, il fallut procéder à la résection. L'enfant succomba au bout de cinq jours, dans les convulsions. A l'autopsie, on trouva les traces d'une méningite, non tuberculeuse, qui avait sa plus grande extension à la convexité. Des coupes de la pie-mère, colorées suivant le procédé de Gram, laissaient voir des chaînettes formées par des diplocoques, un peu aplatis dans le sens longitudinal des chaînettes. Les mêmes micro-organismes existaient, seuls, dans le pus de la jointure malade. Les cultures faites avec ces micro-organismes ont servi à des expériences d'inoculations, dont les résultats ne sont pas très démonstratifs.

D'après Volkmann, le pus qui se forme dans cette variété d'arthrite provient de la synoviale et présente les mêmes caractères physiques et chimiques que le pus formé à la surface des muqueuses. La difficulté qu'éprouve le pus à s'écouler au dehors est pour beaucoup dans les accidents produits. Tant qu'on ne connaîtra pas d'une façon précise l'étiologie de cette affection, M. Volkmann est d'avis qu'il y a lieu de lui conserver le nom d' « arthrite catarrhale ».

III. M. A. Patin rapporte trois observations de « scarlatine chirurgicale », autrement dit, de cet exanthème scarlatiniforme consécutif à un traumatisme, dont les premiers exemples ont été relatés par des auteurs français et anglais, et sur lequel Riedinger a eu le mérite d'attirer l'attention en Allemagne. La première de ces observations concerne un garçon de 15 ans, qui s'était fait une fracture sous-cutanée de l'humérus droit. Au dix-septième jour, le malade fut pris d'une fièvre violente; une rougeur diffuse envahit la région du bras droit, de l'épaule et du tronc de ce même côté. Cette rougeur présentait la plus grande ressemblance avec l'exanthème de la scarlatine. Il n'y a pas eu d'angine. A partir du quatrième jour, l'éruption se mit à pâlir; il se fit une desquamation, accompagnée des signes d'une néphrite. Le point de départ de cette éruption scarlatiniforme paraissait avoir été en rapport avec un traitement défectueux de la fracture.

Le second cas concerne un enfant de deux ans, qui portait sur l'une des cuisses une pustule entourée d'une zone érysipélateuse lorsque se développa, en même temps qu'une angine, un exanthème scarlatiniforme ayant pour point de départ la

(1) Beitraege zur Chirurgie, p. 171.

pustule. Au bout de quatre jours, l'exanthème se mit à pâlir et fit place, comme dans le cas précédent, à une desquamation de longue durée, en tout semblable à la desquamation qu'on observe chez les scarlatineux.

La troisième observation se rapporte à une petite fille qui, dans la convalescence d'une scarlatine, fut affectée d'un phlegmon de l'une des mains. Ce foyer phlegmoneux devint le point de départ d'un exanthème scarlatiniforme qui s'étendit à tout l'avant-bras et fut suivi, au bout de trente-six heures, d'une desquamation prolongée.

M. Patin conclut que, dans ces cas d'exanthème scarlatiniforme consécutifs à un traumatisme, il ne s'agit d'autre chose que d'une infection de l'organisme par le contage de la scarlatine, la lésion traumatique servant de porte d'entrée au contage.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RAGE ET SUR SON TRAITEMENT, par le docteur PAUL GIBIER.

En guise d'épigraphe, M. Gibier a inscrit au fronton de son travail ces paroles de Lavoisier : « L'utilité publique et l'intérêt de l'humanité ennoblissent le travail le plus rebutant « et ne laissent voir aux hommes éclairés que le zèle avec « lequel il a fallu surmonter le dégoût et les obstacles. »

C'est qu'en effet le travail en question diffère beaucoup de ce qu'est en général la thèse inaugurale du jeune docteur. A l'encontre du travail clair, méthodique, presque impersonnel, pourrait-on dire, qu'écrit habituellement le récipiendaire, M. Gibier oppose une note tout à fait personnelle. Dès le préambule, il nous parle « des études *réfléchies* auxquelles il s'est livré durant deux années sur les maladies infectieuses de nature vénérienne, sur la fièvre pemphigoïde de l'homme due à un parasite de l'ordre des microcoques » ; quelques lignes plus loin, l'auteur nous donne un pinceau réaliste « du laboratoire, pièce de trente mètres carrés située au deuxième étage, « où se trouvent entassés des poules, des cobayes, des lapins, « et à un moment donné, des moutons et un porc ! » et, comme si l'ultime point d'exclamation n'était pas assez éloquent dans son laconisme expressif, il ajoute mélancoliquement : « Tel « est le local mis à la disposition d'une chaire de pathologie « comparée à Paris ».

Que M. Gibier se console ; d'autres que lui, et non des moins experts, sont plus mal lotis. Un des microbiologistes les plus distingués, dont le nom est dans toutes les bouches, nous disait récemment qu'il n'avait à sa disposition qu'un *placard*, pour faire ses cultures, et cependant ce savant n'a point eu à faire le pénible « *meâ culpâ* » que M. Gibier se voit contraint de prononcer dans sa hâte juvénile à publier des résultats douteux.

M. Gibier a approché de très loin M. Pasteur, croyons-nous ; nous le regrettons, car il aurait contracté à son contact cette sévérité, cette impeccabilité personnelles, sans lesquelles il n'est pas de bon expérimentateur.

L'illustre nom de M. Pasteur vient en effet tout naturellement aux lèvres, lorsqu'on lit le travail de M. Gibier, et cette assimilation n'est pas pour déplaire à ce dernier, pensons-nous, quoiqu'il ait eu la malechance rare de présenter le *même jour* que M. Pasteur (25 février 1884) une note à l'Académie des sciences : « *Sur la rage et la guérison spontanée des oiseaux* ». Une fois de plus se vérifie le vieil adage « Les grands esprits..., etc. » ; on sait le reste. M. Gibier a su aussi affronter d'un cœur libre les plus grands dangers ; il est difficile de retenir son émotion quand l'auteur, qui inoculait la rage à un chat, écrit : « Nous nous étions recouvert le visage et les mains « pour lui injecter de l'eau dans la bouche. Néanmoins l'animal, « rendu plus furieux par ces manœuvres, poussait des cris « épouvantables ; il réussit, avec sa patte, à nous donner un « coup de griffe d'où résulta une légère entaille que nous nous « empressâmes de cautériser. »

On voit quels dangers a su affronter le sympathique et jeune physiologiste. On nous excusera, pensons-nous, d'avoir fait connaître au public médical ces faits, que la modestie bien connue de M. Gibier lui aurait fait un devoir de taire.

Quant aux recherches sur la rage, elles tiennent peu de place, et, soit dit sans jeu de mots, se réduisent « à une pointe d'aiguille » que M. Gibier a eu le rare mérite de substituer comme manuel opératoire au trépan employé par M. Pasteur. J'allais omettre la découverte de l'auteur, qui a rencontré sur les chiens, chats, cobayes, bref toute la ménagerie, un organisme d'une grosseur de 1/20 de μ et qui serait, s'il faut l'en croire, le vrai parasite ? ? M. Gibier a nourri avec de l'ail, de la pilocarpine, etc., quelques-uns de ces animaux ; tous sont morts enragés quand même, et présentant de la polyurie.

Je néglige un appareil imaginé par M. Gibier pour refroidir ces condamnés à mort, et qui ne me paraît avoir aucun lien avec le sujet qui nous occupe ; il prouve simplement l'ingéniosité et l'habileté de mécanicien de M. Gibier.

Finissons par les consolantes paroles de l'auteur « décidé à « ne se laisser décourager par rien au monde, et à qui l'avenir « apprendra si sa résolution est téméraire ».

JUHEL-RÉNOY.

LE LIVRET DE FAMILLE, par le docteur C.-E. BOURDIN, broch. in-18. Paris, 1884.

M. Bourdin est l'introducteur en France du livret de famille dont l'idée première vient de la Belgique où, dès 1851, on a distribué des livrets de ce genre. Appuyée par la Société de statistique de France, cette innovation, d'abord écartée poliment par les autorités, a fini par conquérir son droit de cité dans notre pays. Mais à quel prix ! Ce sont de tristes événements qui ont assuré le triomphe du livret. « L'incendie avait détruit les doubles des actes de l'état civil déposés conformément à la loi. Il fallait reconstituer en entier cet état civil, ce qui n'était pas chose facile. Tout naturellement la proposition faite par la Société de statistique revint en mémoire. Du concours de ces circonstances naquit une nécessité qui entraîna l'adoption du livret par l'autorité publique. »

M. Bourdin voudrait que l'on étendît la distribution des livrets de famille, non seulement aux personnes mariées, mais aussi aux filles-mères ; il suffirait pour cela que la déclaration de la naissance d'un enfant fût accompagnée de l'inscription sur un livret donné à la mère. En d'autres termes, que le livret soit délivré non seulement au moment du mariage, mais aussi à tous ceux qui n'ont pas de livret quand ils viennent déclarer une naissance.

Dr ALBERTUS.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De la Médication salicylée. — Dans ces dernières années, l'attention du public médical a été appelée sur le salicylate de soude. On a constaté que ce médicament possédait une grande efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Heberden et certaines affections goutteuses.

L'excellent travail du docteur Blachez, médecin des hôpitaux de Paris, auquel nous empruntons ces documents, est venu confirmer les résultats déjà énoncés.

« Persuadé, dit le docteur Blachez, en ce qui nous concerne, d'après des expériences déjà fort nombreuses, qu'aucune médication n'a eu jusqu'ici une prise aussi puissante sur les principaux symptômes du rhumatisme articulaire aigu, nous avons publié, dans un travail spécial, dix cas observés par nous et dans lesquels l'action du salicylate de soude s'est manifestée avec une telle netteté, qu'il nous paraît impossible de la mettre en doute.

« Dans nos observations l'action du salicylate a été suivie avec soin. On s'est assuré par l'examen des urines pratiqué chaque jour que les malades absorbaient régulièrement le médicament.

« Comme tous les autres médecins, nous avons rencontré quelques cas rebelles qui nous ont été expliqués par des conditions particulières; mais dans les cas francs de rhumatisme aigu ou subaigu, nous ne nous souvenons pas d'avoir constaté un insuccès complet de la médication.

« Les observations que nous avons recueillies suffisent à montrer l'action puissante du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Il est impossible de ne pas reconnaître à ce médicament une influence, que nul autre ne possède au même degré dans cette maladie La rapidité avec laquelle, dans certains cas, les douleurs disparaissent et la fièvre tombe, a quelque chose qui surprend d'abord le médecin aussi bien que le malade. Les premières observations laissent quelque incertitude; on se croit en présence de faits exceptionnellement favorables. Mais ces faits se multiplient et la conviction s'établit et se fortifie chaque jour. Nous avons vu que les douleurs cessaient quelquefois au bout de trente-six à quarante-huit heures, mais il est rare que l'amélioration se fasse attendre au-delà du quatrième jour. Dès que l'on éprouve du soulagement il faut bien se garder de cesser brusquement le salicylate: la médication doit être continuée pendant quelques jours encore et à doses décroissantes ».

Pour obtenir du salicylate de soude les bons résultats dont il vient d'être question, il importe de tâter la susceptibilité du malade et de commencer par administrer le salicylate de soude à doses relativement faibles : de 2 à 4 grammes chaque jour, par exemple, et, s'il est nécessaire, augmenter la dose progressivement.

La tolérance des malades est variable. Les uns n'ont pas l'air de s'apercevoir de l'action du médicament. Chez d'autres, il provoque quelquefois des douleurs de tête et des bourdonnements. Comme dans toute médication, il y a, sous ce rapport, des différences tout individuelles.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir présentes à l'esprit les règles posées par M. le professeur Germain Sée pour son administration (Académie de médecine, séance du 21 août 1877). Pour employer le salicylate de soude, le meilleur moyen, c'est la Solution; ce sel non dissous produit de l'irritation sur la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac; cette irritation peut être sûrement évitée si le médicament arrive dans les voies digestives à l'état de Solution. Une autre condition indispensable, c'est la pureté du salicylate qui contient trop souvent une quantité d'acide phénique : c'est là un grand inconvénient qui se traduit par des nausées et un dégoût insurmontable.

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur.

La Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament: chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 0,50 centigrammes.

Cette Solution, toujours incolore, *par conséquent exempte d'acide phénique* et très exactement dosée, permet d'administrer *sûrement le salicylate de soude pur* et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

BULLETIN

Assemblée annuelle de l'Association générale des médecins de France.

(Première journée, dimanche 12 avril).

L'Association générale des médecins de France poursuit le cours de sa prospérité. Nous constations, l'an dernier, qu'elle avait atteint sa vingt-cinquième année d'existence, que sa fortune grossissait à chaque exercice; il semble que la célébration de ses noces d'argent lui ait donné comme un regain de jeunesse et d'ardeur. Aussi, la partie de son discours que consacre M. le président Roger à l'énumération des libéralités de nos confrères, des sommes qu'ile donnent à l'œuvre de leur vivant ou qu'ils lui lèguent en mourant, était-elle, cette fois, plus chargée encore que d'habitude.

MM. Ricord, Foville, Le Roy de Méricourt, Hérard, Marjolin et Péan, sont les bienfaiteurs attitrés de l'Association; en quittant la présidence des deux importantes sociétés, la Société centrale de Paris et l'Association du Rhône, MM. Gosselin et Desgranges laissent comme souvenir un don important. Les amis et les élèves de M. Lannelongue lui offrent un banquet à l'occasion de sa nomination au professorat, et l'habile chirurgien, pour rendre à la profession une partie de ce qu'il en a reçu, envoie 2.000 francs à M. Brun, l'infatigable, le vénéré trésorier de l'œuvre. La Société de médecine de Clermont-Ferrand se dissout et l'un de ses membres, à qui revient dans la liquidation une somme de 300 francs, en donne 100 à sa Société locale et 200 à la caisse des pensions. M. Rufz de Lavison, ancien directeur du jardin d'acclimation, homme de dévouement, laisse 2,000 francs pour le même objet. M. le docteur Oulmont, ancien membre de l'Académie de médecine, met par son testament une somme de 73.000 fr. au service de la profession; 10,000 fr. sont la part qui revient à l'Association générale. La veuve d'un jeune médecin des hôpitaux, qui a succombé aux fatigues des concours et de la pratique l'an dernier, consacre, par un don d'argent, le souvenir de celui qui lui est cher. Mme veuve Cloquet avait donné il y a quelques années à l'Association l'usufruit d'une rente de 900 fr. dont le titulaire était un ami tombé dans l'infortune; le pauvre pensionnaire vient de mourir et la rente est acquise à la cause des pensions. M. le docteur Bertillon fils, directeur de la statistique municipale de la Ville de Paris vient de faire parvenir 1,000 fr. que son père lui avait recommandé de remettre à l'œuvre. Enfin, comme comme péroraison de son excellent discours, M. Roger annonce qu'il a, de même que l'an dernier, versé à son voisin, M. Brun, la somme de 1.000 fr.

Voilà la grosse partie, la pièce de résistance de l'allocution présidentielle. Elle avait débuté par un hommage rendu aux décorés du matin et quelques paroles émues consacrées à deux dignitaires de l'Association, M. le docteur Fauvel, l'hygiéniste,

que tous connaissent et l'aimable et érudit Achille Chéreau, dont les études sur la mort de Jean-Jacques Rousseau et la guillotine sont très estimées.

M. le trésorier Brun a succédé à M. Roger et a constaté avec bonheur, lui aussi, devant l'auditoire trop peu nombreux qui se pressait dans le grand amphithéâtre de l'avenue Victoria, la prospérité continuellement croissante de l'Association, et M. le docteur Horteloup n'a pas eu de peine à provoquer les bravos de l'assistance lorsqu'il est venu dire qu'il avait vérifié et trouvé correcte la comptabilité de ce caissier modèle.

Puis ça a été le tour de M. Foville, secrétaire général, dont les rapports, nourris de faits, relevés par des considérations fort justes, résument bien exactement la situation et les actes de l'Association.

M. Foville ajoute au nécrologe ébauché par le président, le nom de Moreau (de Tours) qui fut membre du Conseil général et qui fit de remarquables travaux sur la pathologie mentale.

Plusieurs sociétés locales ont perdu leur président : M. Fredet père, de l'Association de la Loire; M. Guilland père, de celle de Savoie; M. Pitois, de celle d'Ille-et-Vilaine; M. Postel, de celle de l'Indre; M. Maslieurat-Lagemard, de celle de la Creuse; c'était pour le dire en passant, une figure originale que cet ancien élève de Blandin, retiré dans une petite localité de la Creuse, tandis qu'il aurait pu briller à Paris; il avait une grande réputation justifiée par une incontestable habileté, mais il avait surtout l'amour de la profession et nous savons que rien ne lui faisait plus de plaisir que l'hospitalité donnée dans sa confortable demeure, à un confrère jeune ou vieux que le hasard amenait en ces parages.

M. Foville parle, lui aussi, de la prospérité de l'Association générale, qui a gagné, cette année, 419 membres : c'est un chiffre considérable; mais aussi M. le docteur Villard, président de l'Association des Bouches-du-Rhône, en faisant avec son vice-président, M. Queirel, une tournée d'épidémie cholérique, a recueilli l'adhésion de 29 membres nouveaux; la Société de la Gironde en a acquis 31; dans celle de Maine-et-Loire, grâce au zèle du président, le docteur Farge, la dernière Assemblée générale a voté l'admission de 24 membres.

En signalant cette prospérité au point de vue du personnel, M. Foville montre aussi l'accroissement de la fortune de l'Association. Il rappelle qu'en 1876 M. Brouardel, chargé du rapport annuel, parlait comme d'une merveille du million amassé en vingt ans; depuis, c'est-à-dire en neuf ans, le million a été doublé. L'avoir de l'Association générale monte à 2,027,144 fr. 94 c., et tandis qu'en 1876 l'œuvre avait dépensé 38,046,80 pour secourir 36 sociétaires, 66 veuves et 12 fils de sociétaires, plus 41 personnes étrangères aux Sociétés; en l'année 1884, l'Association a pu répartir entre 72 pensionnaires, 56 sociétaires, 72 veuves, fils ou filles de sociétaires, 52 personnes étrangères, la somme de 81,898 fr.

Passant aux faits saillants de l'année, l'honorable secrétaire général indique des faits d'exercice illégal commis par un curé du Gers, qui, déplacé par l'autorité diocésaine, s'est posé partout où il a exercé son ministère, en guérisseur émérite, sans qu'on ait pu le guérir lui-même de la rage de médiciner. Comme un exemple de l'influence heureuse de l'Association, M. Foville a cité le fait du président de l'Association de Maine-et-Loire, terminant, ainsi que l'a dit le conciliateur lui-même, « un différend survenu entre une grande Société industrielle et le digne praticien qui avait consacré une grande partie de sa carrière aux soins de ses nombreux ouvriers : ce médecin se retire convenablement retraité et l'administration s'honore en acquittant une dette morale que la stricte légalité ne pouvait lui imposer. » Enfin, toujours au point de vue moral, M. Foville nous a montré l'Association de Rochefort célébrant, avec une cordialité touchante, la cinquantaine professionnelle de son président, le docteur Barbreau.

M. Foville a rappelé quelques circonstances dans lesquelles l'Association était intervenue pour la protection de ses membres, et entre autres l'affaire de ce médecin de Montluçon, condamné à l'occasion d'un malade mort des suites de la blessure d'une des arcades palmaires; la Cour de Riom a cassé le jugement et a ordonné une expertise. Le résultat en sera, M. Foville l'espère, conforme à un rapport favorable rédigé par M. le professeur Brouardel sur l'invitation de la Société locale de l'Allier.

Remarquons en passant combien sévèrement les tribunaux jugent en France les médecins pour ce que l'ignorance ou la malignité de leurs clients dénonce comme des fautes; mais quand il s'agit de faire poursuivre un rebouteur dont les insuccès à conséquences graves se comptent par centaines, que de mollesse ou de résistance on trouve chez les agents de la vindicte publique.

Le secrétaire général appuie, dans son rapport, sur des points qu'on ne peut traiter ici dans ce résumé rapide : la question des médecins exerçant à la frontière; celle des syndicats, celle de la création d'un ordre de médecins, présentée par le persévérant docteur Surmay (de Ham). Nous en parlerons en rendant compte de la séance du lendemain, 13 avril.

Nous parlerons aussi du rapport de M. Durand-Fardel sur les pensions viagère d'assistance et de celui de MM. Vannesson et Foville sur les relations des syndicats médicaux avec les Sociétés locales.

Le soir, comme d'habitude, grand banquet offert à l'Hôtel Continental par le Conseil général de l'Association aux délégués des sociétés locales.

J'ai déjà dit combien il était regrettable qu'en dehors des médecins d'eaux minérales, plus rares cette année, un plus grand nombre de médecins de Paris ne se fissent pas un devoir d'assister à ces réunions confraternelles ; ce serait pour les médecins de province une très agréable occasion de retrouver des maîtres ou des compagnons d'étude.

M. Roger ouvre la série des toasts. Il fait allusion précisément à ce « doux échange de vieilles et jeunes amitiés » qui devrait contribuer à peupler cette grande salle à manger, et il adresse aux délégués de province un de ces compliments aimables dont il a le secret.

Je voudrais reproduire ici le toast si spirituel et si fin du docteur Henneau, président de l'Association de la Gironde, et qui porte, au nom des délégués, la santé du président. C'est un des meilleurs que nous ayons entendus depuis quelques années.

M. Lunier a remercié en excellents termes le Conseil judiciaire de l'Association de l'aide puissante et désintéressée prêtée par lui à l'œuvre.

Enfin M. Vannesson, au nom de ses collègues, a dit que chaque année le Conseil judiciaire était couvert de fleurs, qu'il ne méritait pas d'hommages aussi exagérés, qu'il fallait d'ailleurs y associer les Conseils judiciaires de province dont le dévouement à diverses sociétés locales était aussi très grand.

M. Vannesson a fait en passant une allusion discrète, trop

discrète peut-être, aux décorations nouvelles de nos excellents amis et confrères MM. Brouardel (de Paris) et Pamard (d'Avignon). Il est fâcheux qu'on n'ait pas insisté davantage et qu'on n'ait pas porté un toast direct à ces dignitaires de l'Association qui honorent celle-ci par les services qu'ils rendent à l'humanité et par les récompenses mêmes que ces services leur valent.

Le nouveau commandeur méritait bien cette mention spéciale; il réunit en lui tout ce que la science a de précision, de clarté et d'autorité, tout ce que le caractère a de franchise, d'expansion et d'amitié, et ce collier qu'il a le droit de porter depuis huit jours n'est pas un collier de servitude; chacun reconnaît en effet, dans le professeur Brouardel, l'indépendance de l'homme, du médecin et du maître.

Avant qu'on ne se séparât, M. Lunier a annoncé à l'assistance le projet de souscription pour un médaillon reproduisant les traits de M. Roger, président de l'Association générale des médecins de France et membre perpétuel de toutes les sociétés locales. Il fallait, comme formalité dernière, demander à M. Roger de vouloir bien poser, et celui-ci a répondu de très bonne grâce qu'ayant donné son cœur à l'Association il pouvait bien lui prêter sa tête.

Dr C. Delvaille.

NOTES & INFORMATIONS

Pierre Belon. — Une souscription publique est ouverte pour élever au Mans une statue à l'un des plus illustres enfants de la Sarthe.

Né en 1517, reçu docteur en médecine « en l'Université de Paris », Pierre Belon, après un long voyage en Grèce, en Turquie, en Asie, en Égypte, publia en 1551 un mémoire important sur les poissons (*Histoire naturelle des poissons marins avec la vraie peinture du dauphin et de plusieurs autres de son espèce*). Deux ans plus tard, il publia les notes qu'il avait recueillies pendant son voyage, notes comprenant la géographie, l'ethnographie, la médecine, la flore et la faune des pays qu'il avait visités. Pierre Belon a écrit ensuite des travaux remarquables de botanique et de zoologie qui le placent au premier rang de nos naturalistes. Il créa à Tourvoie, près Le Mans, le premier jardin botanique français.

Un double comité s'est organisé pour recueillir les souscriptions, comité d'honneur, où nous trouvons MM. Béclard, Paul Bert, Boussaingault, Duchartre, Milne-Edwards, Ranvier, etc.; comité local, qui a pour président d'honneur M. Louis Crié, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Rennes, et, pour président effectif, M. le docteur Garnier, président de la Société de médecine de la Sarthe. Les souscriptions doivent être adressées au trésorier du comité, M. Deshayes-Duhuisson, ancien notaire, au Mans.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de l'un des doyens du corps médical, M. le docteur des Etangs. Voici en quels termes M. Guardia nous apprend la fin de ce distingué confrère, peu connu de la génération actuelle, et qui était un lettré doublé d'un philosophe :

« Paris, 13 avril 1885.

« Mon cher ami,

« Je reviens de Versailles, le cœur navré. J'y étais allé pour rendre visite à mon vieil ami, à notre distingué confrère, le docteur Charles des Etangs, et je suis tombé au milieu d'un inventaire par suite de décès. C'est samedi passé que cet homme de bien a été inhumé au cimetière du Montparnasse. Il a succombé à une fièvre adynamique avec congestion pulmonaire, après dix-huit jours de maladie; l'agonie a duré trois jours. Notre ancien touchait à sa quatre-vingtième année, et il était encore robuste et plein de vie, malgré l'abus qu'il faisait de l'opium depuis bien près de quarante ans. Sur la fin, il n'en prenait que sept ou huit grammes; mais la dose était bien plus forte il y a quelques années. Ce corps où vivait une âme saine, un esprit ferme et délicat, se trouvait comme saturé de la drogue narcotique. En 1863, cent grammes furent absorbés en une seule fois, impunément. Ce grand consommateur d'opium donnait la préférence au laudanum de Rousseau, et il trouvait affreux ce breuvage dont il ne pouvait se passer. Il nous souvient de l'avoir vu souvent dans ce salon hospitalier où son amabilité spirituelle attirait des habitués fidèles, tenant d'une main le verre de laudanum et de l'autre un flacon d'éther, se grisant et se dégrisant, faisant l'admiration et le désespoir de ses amis. Son intelligence nette et prompte ne semblait pas souffrir de cet étrange régime. Rien de plus naturel et spontané que les saillies dont il savait émailler la conversation, avec ce goût exquis qui était comme la fleur de son grand jugement, avec cette bienveillance qui n'était jamais banale, venant d'un cœur excellent. Sa culture intellectuelle lui avait fait une place très distinguée dans une génération médicale qui respectait les lettres et les lettrés. La traduction de *Celse* suffirait à sa réputation d'écrivain, quand même il n'aurait pas laissé ce substantiel volume sur *le Suicide politique*, qui est une œuvre originale, fortement conçue, écrite avec un rare talent. Singulier contraste entre l'homme et ses écrits. Ce voltairien, ce libre esprit, simple dans ses goûts comme dans sa vie, ennemi déclaré de l'empbase et de la rhétorique, ne pouvait prendre la plume sans se rapprocher involontairement de l'école de Rousseau. Comme il était écrivain de race, son exemple permettrait de croire que c'est moins l'esprit que le tempérament qui fait le style. Souhaitons à la médecine quelques auteurs comme Des Etangs.

« Je suis, mon cher ami, tout à vous.

« J.-M. Guardia. »

— Nous apprenons aussi avec regret la mort de M. le docteur Edme Perier, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées en retraite, décédé à Paris le 12 avril, à l'âge de soixante-treize ans.

— Le docteur Devay, de Chaponost, vient de succomber, dans la force de l'âge, à une pneumonie.

***

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 19 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président. Cette assemblée a pour objet :

1o La lecture du compte-rendu de l'année 1884, par M. le docteur Henri Barth, secrétaire général adjoint;

2o L'élection d'un président et de deux vice-présidents. Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. Richet et Blanche.

3o Le tirage au sort de vingt deux membres titulaires de la commission générale et de quarante-quatre suppléants.

Les recettes pour l'année 1884 s'élèvent à 52,234 fr. 50. Il a été distribué en secours 30,875 francs.

Une somme de 18,463 fr. 35 c. a été placée en rente 3 0/0.

— Par décret, en date du 10 avril 1885, M. le docteur Bornet, ancien président de la Société botanique de France, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 5 AU SAMEDI 11 AVRIL 1885.

Fièvre typhoïde 15. — Variole 3. — Rougeole 62. — Scarlatine 8. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 41. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 10. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 66. — Phthisie pulmonaire 246. — Autres tuberculoses 29. — Autres affections générales 72. — Malformation et débilité des âges extrêmes 77. — Bronchite aiguë 56. — Pneumonie 135. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 25. — au sein et mixte 32. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 110. — de l'appareil circulatoire 73. — de l'appareil respiratoire 105. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 48. — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 1,320 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De l'examen de la poitrine dans l'état sain et dans l'état morbide, par Reginald E. Thompson, médecin de l'hôpital Brompton, traduit, sous la direction de l'auteur, par H. de Fonmartin. Figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — G. Steinheil, successeur de H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne.

The Lock-Jaw of infants (Trismus nascentium) or nine days fits, crying spasms, etc.; its history, cause, prevention and cure, by J.-F. Hartigan, M. D. Member of the american medical Association, 1 volume in-12 cartonné 225 pages. — Bermingham et Company, à New-York.

Du catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène (traitement par la galvano-caustique chimique), par le docteur Garrigou-Desarènes, professeur libre d'otologie et de rhinologie, et par J. Mercié, chef de clinique du professeur. Une brochure in-8 de 20 pages avec figures dans le texte. — En vente à l'imprimerie A. Parent, Davy, successeur, 52, rue Madame, et rue Monsieur-le-Prince, 14, à Paris.

—Un livre des plus curieux et des plus intéressants sur une question dont on s'occupe beaucoup aujourd'hui « *Le Magnétisme* », de M. le docteur Bottey, étudie et explique dans ce livre les divers phénomènes produits chez un sujet sain par la léthargie, la catalepsie ou le somnambulisme... Interne à la Salpêtrière, il a fait lui-même de nombreuses expériences ; aussi son ouvrage a-t-il une réelle autorité — Librairie E. Plon, Nourrit et Cie.

Bulletin de la Société de médecine de Paris, publié par les soins des secrétaires de la Société (tome XVIII, 1883), deuxième série : *Eloge de M. le docteur Frédéric Duparcque*; par le docteur G. de Beauvais.—Alcan-Lévy, imprimeur, 18, passage des Deux-Sœurs, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 17 — 25 AVRIL 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR LA LAPAROTOMIE LATÉRALE, par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

La laparotomie pour l'occlusion intestinale se pratique ordinairement sur la ligne médiane. L'incision médiane a, en effet, pour avantage de faciliter les recherches, lorsqu'on n'a aucune donnée sur le siège et la nature de l'obstacle. Mais si les intestins sont très distendus par les gaz, elle expose au danger très sérieux d'ouvrir une voie facile à l'irruption des anses intestinales. Il en résulte quelquefois des difficultés extrêmes pour réduire la masse herniée et pour suturer la paroi de l'abdomen. De là, nécessité de faire sur l'intestin à nu un taxis prolongé et même de le ponctionner pour rendre la réduction possible. Or, ces manœuvres compromettent gravement le succès de l'opération.

Les contractions du diaphragme qui poussent les viscères directement de haut en bas et d'arrière en avant contre les régions inférieure et médiane de la paroi abdominale antérieure, expliquent cette tendance à l'irruption, lorsque l'abdomen est ouvert en avant. La théorie indique que la poussée doit être sensiblement la même sur les côtés du ventre. Cependant l'issue des intestins par une incision latérale est moins à redouter.

Ayant eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois la laparotomie dans la région inguino-iliaque par une incision parallèle aux fibres du grand oblique, j'ai été frappé de voir que les intestins ne tendaient pas à faire hernie par cette ouverture, bien que le ballonnement du ventre fût considérable. Les intestins distendus par les gaz faisant proéminer la paroi abdominale en avant, on comprend qu'une incision médiane leur livre brusquement passage. Mais l'incision latérale, faite au milieu des fibres musculaires, a des bords tendus, qui ne s'écartent pas l'un de l'autre, et qui contribuent dans une large mesure à maintenir l'intestin.

Le rapprochement naturel des lèvres de l'incision me paraît être la principale cause qui empêche l'issue des viscères dans la laparotomie pratiquée sur le côté du ventre. Accessoirement, la poussée intra-abdominale est peut-être moins énergique dans cette région.

La région inguino-iliaque se prête très bien, d'ailleurs, à l'exécution de la laparotomie. Il est facile d'y pratiquer une incision assez étendue pour introduire toute la main dans la cavité abdominale et explorer cette cavité d'une manière complète. L'artère épigastrique ou ses branches sont ordinairement sectionnées, mais il suffit d'être prévenu de ce danger pour savoir y porter remède par une ou plusieurs ligatures.

La *laparotomie latérale* constitue donc un procédé au même titre que la *laparotomie médiane*, quand il s'agit du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Suite et fin. — Voir le numéro 14.

V. L'Hôpital Beaujon; histoire depuis son origine jusqu'à nos jours, par Charles Fournel, in-8, 146 p. et plan (Thèse de Paris, 1884). — VI. Les Cimetières depuis la fondation de la monarchie française jusqu'à nos jours. Histoire et législation, par Gannal, in-8, 1er et 2e fasc., 72 p., et pièces justificatives, 159 p., avec plans et figures, Paris, 1884. — VII. Théophraste Renaudot, d'après des documents inédits, par G. Gilles de La Tourette, in-8, IV-316 p., Paris, 1884.

V. Sous l'inspiration heureuse du professeur actuel d'histoire de la médecine, M. Laboulbène, les hôpitaux de Paris auront tous, dans quelque temps, leur histoire particulière. Outre l'intérêt personnel aux chercheurs de notre catégorie, cela nous paraît moral. Le Parc-aux-Cerfs et le bal Mabille ont eu leurs historiographes; les hôpitaux de Paris méritent beaucoup mieux encore cet honneur bien tardif.

Nicolas Beaujon était un financier intelligent, fort ambitieux sans doute, mais peu scrupuleux; cela se voit encore ainsi de nos jours et ne doit pas nous étonner. Il fut un Mécène généreux, mais prétentieux, et Bachaumont n'a pas manqué une occasion de le dire. Il n'était point sot, et on lui attribue ce mot spirituel en réponse à l'observation qui lui était faite par un jeune officier de marine, chevalier de l'ordre de Saint-Louis, qui devait cette nomination aux faveurs royales dont madame sa mère avait été comblée. L'officier, s'excusait, vu son jeune âge : « Monsieur, répondit Beaujon, le roi récompense les services de *mère* plus que ceux de *terre*. » Et à un commis qu'il avait marié et qui s'étonnait de la naissance d'un fils après six mois de mariage : « Tranquillisez-vous, mon ami, ces choses-là arrivent quelquefois pour le premier enfant, jamais pour les suivants. »

Notre financier était le protecteur des gens de lettres et des actrices en vogue, — les uns ne vont guère sans les autres; comme aujourd'hui, — mais il était podagre, impotent, et ne pouvait, en aucune manière, jouir personnellement de son immense fortune.

L'une et l'autre ont leurs avantages particuliers et leur indication spéciale.

Bien que la laparotomie médiane expose à l'irruption incoercible de l'intestin, elle doit être préférée toutes les fois qu'on ignore où siège l'occlusion et quelle en est la nature. Elle permet, en effet, de faire des explorations minutieuses, de toucher et de voir l'obstacle avant d'en opérer la destruction.

Par la laparotomie latérale, les explorations sont moins faciles. Mais ce procédé est indiqué toutes les fois qu'une douleur localisée, un empâtement circonscrit ou quelque autre signe donne à penser que l'obstacle existe dans l'un des côtés de la cavité abdominale. Elle conduit alors plus directement sur l'occlusion, et si on n'a pu rétablir le cours des matières, elle permet de faire un anus artificiel dans de meilleures conditions que sur la ligne blanche.

Dans l'observation que je vais rapporter, l'existence d'une hernie inguinale, affirmée par le malade et réduite par lui, m'avait conduit à pratiquer la laparotomie directement dans la région incriminée. Je ne trouvai point de hernie ; mais en explorant la cavité abdominale, je découvris, du côté opposé, une bride sur laquelle l'intestin grêle s'était étranglé. L'incision fut assez large pour me permettre une exploration facile. Les intestins ne montrèrent aucune tendance à faire irruption au dehors. Je pus les dérouler et les réduire à mesure sans être gêné par leur propulsion involontaire. En un mot, cette laparotomie latérale fut aussi méthodique qu'une laparotomie médiane, et donna un excellent résultat. Voici cette observation :

Étranglement interne par une bride située au niveau du cordon fibreux de l'artère ombilicale ; laparotomie dans la région iliaque ; dégagement de l'intestin ; guérison (Observation communiquée à la Société de chirurgie, séance du 2 avril 1885).

Le nommé Chabr. (Théodore), âgé de 17 ans, exerçant la profession d'emballeur, est amené, le 23 juillet 1884, dans mon service de la Pitié, salle Broca, no 14.

Ce jeune homme n'a jamais eu de maladie. Il raconte qu'il porte depuis huit mois, dans la région inguinale droite, une hernie du volume d'un œuf de pigeon. Cette hernie, qui rentrait facilement, ne lui a jamais causé d'accidents. Elle n'était pas contenue par un bandage.

Le 15 juillet, il ressentit, au niveau de sa hernie, des douleurs assez vives s'irradiant à tout l'abdomen. Le récit du malade, qui est peu intelligent, tend à faire croire que la hernie était devenue momentanément irréductible, car, au bout de quelques heures, il parvint, dit-il, à la réduire. Depuis ce moment, elle n'est plus ressortie.

Le 16 juillet, il a commencé à vomir des matières verdâtres et très amères. Les vomissements ont continué les jours suivants avec les mêmes caractères. En même temps le ventre s'est ballonné.

La dernière selle a eu lieu le 15 juillet. Depuis cette époque, le patient n'a rendu que les lavements qu'on lui a administrés.

Les accidents duraient depuis huit jours, lorsque j'examinai Théodore Chabr... le 24 juillet, à neuf heures du matin.

Il présente l'aspect du choléra herniaire. Ses yeux sont très excavés et entourés d'une zone noirâtre. Sa face est pâle avec des pommettes un peu rouges. Grande prostration. La langue est blanche, mais n'est pas sèche. Pouls régulier et plein à 84. Température à 39o. L'appareil respiratoire est sain. Les urines sont normales.

Le ventre est très ballonné, globuleux, sans saillies pouvant faire croire à une distension du gros intestin ou de l'intestin grêle. Les vomissements sont fécaloïdes, sans mauvaise odeur. Enfin la constipation et l'absence d'émissions gazeuses sont complètes.

Je cherche vainement quelle peut être la cause de l'occlusion intestinale. Les anneaux inguinaux sont libres des deux côtés. L'anneau inguinal droit n'est pas dilaté, et je n'ai aucune preuve sensible qu'il ait antérieurement livré passage à une hernie. Cependant, il faut tenir compte du dire du malade, qui affirme avoir une petite hernie inguinale droite, actuellement réduite.

Après avoir prévenu le malade de la nécessité de faire une opération pour rétablir le cours des matières intestinales, je me décidai à pratiquer immédiatement la laparotomie. Dans l'hypothèse d'une hernie inguinale droite, réduite en masse, il me parut indiqué de faire l'incision abdominale dans la région iliaque plutôt que sur la ligne médiane.

L'opération est faite dans la salle, sur le lit où le malade doit rester couché. Il est endormi par le chloroforme. Spray phéniqué.

A deux travers de doigt au-dessus du pli de l'aine droit, et parallèlement à l'arcade de Fallope, je pratique une incision de 8 à 10 centimètres. J'incise couche par couche jusqu'à l'artère épigastrique, que je coupe après l'avoir liée. Le péritoine est ouvert dans une petite étendue. Il s'écoule environ 50 grammes de sérosité citrine. Un doigt introduit dans la cavité abdominale fait reconnaître que les anneaux du côté droit sont absolument libres et qu'il n'existe aucune hernie de ce côté. Mais l'incision est trop petite pour permettre l'exploration de la cavité abdominale. J'ouvre donc le péri-

---

Il traitait fort bien ses amis, mais n'assistait pas aux fêtes brillantes que l'on donnait pour lui chez lui.

Quoi qu'il en soit, pour racheter ses fautes passées, — on lui reproche d'avoir à Bordeaux accaparé des blés afin de faire élever le prix des farines, ce qui eut pour effet d'occasionner une misère générale ; tout cela se fait encore de nos jours, — il fonda de son vivant divers établissements de bienfaisance : l'Orphelinat du Roule, devenu l'hospice, puis l'hôpital Beaujon, et à sa mort il ne donna pas moins de 4,170,000 livres de legs, parmi lesquels 80,000 aux pauvres, 150,000 à l'orphelinat, 300,000 pour fonder des maisons de bienfaisance à Bordeaux et à Paris. M. Fournel nous trace à grands traits l'histoire de l'hôpital Beaujon. Je l'engage, quand ses loisirs le lui permettront, à compléter cette histoire par la partie, quelque peu écourtée, concernant la période contemporaine.

VI. C'est une monographie complète de la question des cimetières qu'entreprend M. le docteur Gannal. Il a lu tout ce qui a été publié sur le sujet, dépouillé honnêtement les archives nationales, celles des préfectures et des mairies de la Seine, les lois et recueils d'arrêtés du Conseil d'Etat de tous les ministères, enfin tous les documents historiques depuis la fondation de la monarchie en France. Il n'omet aucune pièce justicative historique, et quelques-unes de ces pièces sont inédites. La plupart sont fort intéressantes et nous initient aux mœurs et coutumes du temps : frais d'enterrement, organisation des jurés-crieurs de Paris, — il existait, encore, il y a peu d'années, dans plusieurs communes du nord de la France, un crieur des morts ; — règlements des sépultures tant dans les églises que dans les cloîtres, etc., etc.; tels sont les documents renfermés dans le premier fascicule qui s'arrête au 10 mars 1776.

Le second fascicule contient tous les documents relatifs au cimetière des Innocents. La première partie en est l'historique; la seconde est formée d'un grand nombre de pièces justificatives. M. Gannal a reproduit là encore des pièces inédites ou perdues, des dessins gravés pour la première fois. Il se propose de terminer le premier volume de son ouvrage par un troisième fascicule qui doit conduire le lecteur jusqu'au 13 juin 1804. Nous souhaitons à son travail laborieux tout le succès qu'il mérite.

toine dans la même étendue que l'incision cutanée, qui est elle-même agrandie, et je peux glisser toute la main dans le ventre.

Du côté du cæcum, du côté de l'S iliaque, du côté du petit bassin, je ne trouve rien qui puisse expliquer l'occlusion. Mais en parcourant la face postérieure de la paroi abdominale, je sens, du côté gauche, un repli falciforme formé par une bride qui se dirige de la région inguinale gauche vers l'ombilic. Cette bride est probablement formée par le cordon fibreux qui succède à l'oblitération de l'artère ombilicale. Elle constitue une saillie tranchante, tout à fait anormale, que j'ai fait sentir à plusieurs des élèves qui m'assistaient. Entre ce repli et la paroi abdominale, il existe une sorte de sac péritonéal, dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, sac qui peut admettre facilement une ou plusieurs anses intestinales. Mais je ne constate pas que l'intestin soit étranglé dans ce sac.

Peu satisfait de mon exploration qui, en définitive, ne m'avait pas fait reconnaître la cause de l'étranglement, je me mis en devoir de dérouler peu à peu l'intestin, afin de l'examiner. J'attirai donc successivement au dehors, à travers l'incision iliaque, les anses de l'intestin grêle et je les réduisis à mesure. Elles ne présentèrent rien d'anormal, à l'exception d'une vascularisation assez intense.

Tout à coup j'arrive sur une anse distendue par les gaz et tellement congestionnée qu'elle a une teinte violacée noirâtre. Cette anse, qui mesure environ 25 cent., est limitée à ses deux extrémités par un rétrécissement très marqué du calibre de l'intestin. En deçà et au-delà des points rétrécis, l'intestin reprend son volume et son aspect normaux. Au niveau du rétrécissement, je constate, sur l'intestin, des taches ecchymotiques sous péritonéales et même un petit sillon linéaire ressemblant à un coup d'ongle et, sur la mésentère, de petites ulcérations et quelques fausses membranes.

Il me parut évident que j'avais sous les yeux la preuve de l'étranglement interne. Quant à l'agent de l'étranglement, il ne pouvait guère être autre que le repli falciforme siégeant du côté gauche de la paroi abdominale. On s'explique, en effet, très bien qu'une anse intestinale se soit engagée dans l'espèce de sac limité par ce repli, et qu'elle se soit étranglée sur son rebord tranchant, par le mécanisme connu sous le nom d'*étranglement par vive arête*. Il a suffi de l'introduction de la main dans le ventre pour en opérer le dégagement.

Après avoir soigneusement lavé l'anse malade avec une éponge phéniquée, je réduisis tout l'intestin. L'épiploon fut attiré en bas, de manière à recouvrir les anses intestinales. La plaie fut ensuite fermée par cinq points de suture profonde et six points de suture superficielle avec des fils d'argent.

Pansement de Lister, recouvert d'une couche de ouate. Vessie de glace sur le ventre.

On s'étonnera peut-être que je n'aie pas cherché à détruire le repli falciforme de la paroi abdominale. Je n'ai pas cru que cette pratique fut prudente. En incisant ce repli, caché à mes yeux, j'aurais fort bien pu couper quelques vaisseaux qui rampent souvent dans le cordon fibreux de l'artère omhilicale, et amener ainsi une hémorrhagie difficile à constater et à combattre.

Le soir de l'opération, la température s'élève à 39° 4. Diète absolue. Petits morceaux de glace pour calmer la soif. Injection hypodermique de morphine.

Plusieurs vomissements dans la soirée et pendant la nuit.

Le *25 juillet*, lendemain de l'opération, le malade a rendu quelques gaz par l'anus. Le ballonnement du ventre a beaucoup diminué. Les vomissements ont cessé. La langue est humide; les yeux restent excavés. Température : matin, 38°; soir, 38° 6. Le pouls oscille entre 80 et 84 pulsations.

26 juillet — La température descend à la normale, et ne s'élève plus par la suite. La glace intus et extra est continuée. Quelques cuillerés de bouillon et de lait. L'état général s'améliore rapidement.

27 juillet. — Deux selles diarrhéiques très copieuses. Pansement. Deux points de la suture superficielle sont enlevés.

30 juillet. — Les selles diarrhéiques commencent à être remplacées par une évacuation fécale solide. Œuf, beuillon, lait.

31 juillet. — Second pansement. Ablation de trois sutures profondes. Réunion immédiate.

4 août. — Troisième pansement. Toutes les sutures qui restent sont enlevées. Côtelettes, potages.

11 *août..* — Le malade se lève.

26 août. — Sortie de l'hôpital. La guérison est complète.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DEUX OBSERVATIONS D'ABCÈS FROIDS EXCEPTIONNELLEMENT MULTIPLES ET ÉTENDUS, GUÉRIS PAR LE GRATTAGE, LA CAUTÉRISATION ET LE PANSEMENT A L'IODOFORME (1), par le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Je ne parlerai pas ici des nombreuses observations d'abcès froids de moyen volume que j'ai eu l'occasion de traiter et de guérir par cette méthode. Je désire seulement citer deux

(1) Présentées au Congrès français de chirurgie dans la discussion sur la *cure des abcès froids* le 10 avril 1885.

VII. M. G. Gilles de la Tourette demande, à la fin de son avant-propos, s'il a fait un bon livre. Nous répondons : un très bon livre; il ajoute qu'il croit avoir fait une bonne œuvre? Nous répondons : une très bonne œuvre.

Théophraste Renaudot est né à Loudun, petite ville célèbre par le souvenir de Scévole de Sainte-Marthe, qui la sauva du pillage, et par celui d'Urbain Grandier, souvenir plus vivace peut-être que le précédent. Quant à Renaudot, très peu des Loudunais actuels connaissent même son nom. Et cependant c'est lui qui a fondé en France le journalisme par sa *Gazette*; la publicité commerciale par ses *Bureaux d'adresses*; lui qui a écrit le *Traité des Pauvres*, établi les consultations charitables et le premier Mont-de-Piété; lui qui a travaillé pour l'enseignement libre!

Certes, il n'était point un inconnu pour nous, chercheurs. Tous ceux qui ont quelque peu fouillé les archives de notre histoire de la médecine, se sont souvent arrêtés sur cette physionomie si originale et si sympathique. L'on a dû lire plus d'une fois les articles et notices publiés sur Renaudot, par Astruc, Ed. C., Montanier et Roubaud, pour ne citer que les plus importants; mais M. de la Tourette, Loudunais d'origine, a voulu que nous connaissions complètement son illustre compatriote. Il a pu fouiller dans ses papiers de famille, dans des manuscrits inédits, dans les commentaires de la Faculté de Paris, tous les détails de la biographie du célèbre fondateur de la *Gazette* et des *Bureaux d'adresses*, qui, quoique conseiller du Roi, historiographe de S.-M., ancien ami de Richelieu et d'Anne d'Autriche, ne mourut pas moins « gueux comme un peintre », au dire de Guy Patin, qui, croyant décerner une dernière injure à son adversaire, témoignait au contraire de la libéralité et de la philanthropie qui avaient dirigé toute sa vie.

Je loue fort l'auteur d'avoir écrit la biographie de ce philanthrope en le plaçant au milieu de son époque, en tenant compte des événements historiques, des mœurs de son temps. Tous ceux de mes lecteurs qui, dans le domaine historique spécial qui nous occupe, voudront parcourir le livre le plus intéressant de ces dernières années, ne me démentiront pas. Ils suivront avec intérêt toutes les péripéties de cette vie si bien remplie, si utilement occupée, depuis les études à la Faculté de Montpellier, le premier séjour à Paris, le retour à Loudun, la triple alliance avec Richelieu et le P. Joseph, le traité des pauvres, les mesures à prendre pour réformer l'Assistance publique, l'insuffisance des hôpitaux, le Bureau d'a-

cas, récemment traités à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine) et où l'étendue des lésions et l'état d'affaiblissement des malades aurait pu paraître contre-indiquer l'opération hardie qui a amené leur guérison.

Obs. Ire. — La première malade que je vous présente est entrée dans mon service au mois d'octobre dernier. C'est une femme de 38 ans, ayant des antécédents de scrofule dans son enfance ainsi que le démontrent plusieurs cicatrices. Comme signe de lésion pulmonaire il n'y a qu'un peu de matité et d'expiration prolongée au sommet gauche; pas de toux.

Deux ans auparavant, douleur au côté gauche de la poitrine, à la région postérieure, au niveau des dernières côtes. Peu de temps après, douleur au-dessus et en arrière du coude gauche; il se forme une tumeur en ces deux points. Bientôt après, abcès volumineux à la partie inférieure de la jambe, au niveau du mollet. Petite tumeur en arrière de la cuisse gauche. Tumeur volumineuse sur le grand trochanter du même côté.

En tout, cinq abcès froids bien caractérisés dont deux, celui qui est au niveau du grand trochanter et celui du mollet, sont très-volumineux, plus gros que les deux poings. Le mollet est transformé en un sac de pus.

L'abcès de la région thoracique postérieure a été traité sans succès dans un hôpital par le drainage et les injections iodées; à son niveau existent quatre fistules donnant accès dans une cavité fongueuse.

État général mauvais. Maigreur, faiblesse

L'appétit s'est pourtant assez bien conservé; pas de gastro-entérite.

Le 15 octobre, j'incise largement toutes les collections purulentes, j'enlève les fongosités avec la curette, et je constate que les os ne sont nulle part à nu. Cautérisation de toutes la surface traumatique avec le thermo-cautère pour les parties facilement accessibles, et avec le chlorure de zinc pour les sinus et diverticules. Pansement de Lister, auquel on ajoute de la poudre d'iodoforme dès que les eschares se sont éliminées. *La plaie est soigneusement maintenue béante par l'interposition de lanières de gaze iodoformée,* de manière que la cicatrisation se fasse lentement, du fond à la surface.

La cicatrisation marche normalement, sauf en deux points, au niveau de la partie externe du mollet et à la partie inférieure de la plaie thoracique où la sonde cannelée constate de nouveaux décollements. Seconde opération le 6 janvier 1885. Incision des décollements du mollet, grattage, cautérisation. Incision d'un vaste décollement qui, de la partie inférieure de la plaie thoracique, se dirigeait, en passant au-dessus de la crête iliaque, jusqu'à la cicatrice sus-trochantérienne. Ce dernier débridement a une longueur de 35 centimètres. Grattage, cautérisation, pansement comme ci-dessus.

La guérison a lieu rapidement. Aujourd'hui, vous pouvez constater que la cicatrice est résistante partout. Celle qui va de la cuisse au thorax, après la rétraction qu'elle a subie, mesure encore actuellement quarante-deux centimètres; celle du mollet a la forme d'une H énorme qui occupe toute la face postérieure de la jambe. L'état général de la malade est très bon : elle a pris de l'embonpoint. L'auscultation ne révèle plus rien. Elle sortira dans deux jours de l'hôpital.

Je ne parle que pour mémoire du traitement général reconstituant qui a été soigneusement administré.

Je note que, pendant la convalescence, est apparue une poussée douloureuse au poignet qui m'a fait craindre un moment l'apparition d'une arthrite fongueuse; mais elle a disparu à la suite de quelques applications de teinture d'iode.

Obs. II. — Je rapprocherai de cette observation celle d'une vieille femme que j'ai opérée l'an dernier au même hôpital. Elle avait 62 ans et avait présenté dans sa jeunesse des signes de scrofule. Ce n'est que quatre mois avant son entrée à Pascal qu'elle s'était subitement affaiblie et avait beaucoup maigri. En même temps, un abcès froid, d'abord petit et dur, puis ramolli et volumineux comme les deux poings, se développait à la partie supérieure de la cuisse droite. Aucun point osseux voisin n'est douloureux. Un autre abcès existe au mollet droit, un troisième à la fesse droite. Ces collections sont très fluctuantes. Une quatrième, également molle, existe au niveau du cou et a le volume d'un œuf. Enfin une cinquième petite tumeur, celle-ci très dure et du volume d'une noix, véritable gomme scrofuleuse à son début, peut être sentie sous la peau de l'avant-bras droit, à la face postérieure, tandis qu'à la face antérieure de l'avant-bras gauche on trouve un sixième abcès froid fluctuant, gros comme une mandarine.

Cachexie extrême de la malade qui se soutient à peine, ne mange pas; teinte jaunâtre des téguments. L'examen du poumon montre un peu de matité au sommet gauche : la respiration y est rude et saccadée. Pas de toux.

Le 8 juillet, incision de tous les abcès, sauf la petite gomme dure de l'avant-bras droit : grattage, cautérisation, pansement de Lister, bientôt additionné d'iodoforme (Les parois des abcès étaient remarquablement épaisses, lardacées à leur face externe, très fongueuses intérieurement).

L'amélioration est rapide. L'état général se relève. Pas de fièvre.

Le petit abcès en voie de formation à l'avant-bras gauche,

---

dressés, les maisons de la rue de la Calandre, les nouvelles à la main, la *Gazette*, dont le Roi devint l'un des collaborateurs, un essai de Faculté libre, les procès avec la Faculté, les fourneaux, les consultations charitables, etc., etc. Certes, voilà une vie bien utilement agitée, bien laborieusement remplie et je le répète, je félicite très sincèrement, M. de La Tourette pour sa bonne œuvre et son bon livre.

Cependant, j'aurais souhaité un petit appendice; le bibliographe est toujours exigeant. J'aurais voulu que la liste complète des ouvrages sur pour et contre Renaudot, et des documents cités dans le corps du volume, fût ajoutée à la fin du livre. On n'écrira pas mieux la vie de Renaudot, mais plus d'un renseignement relatif aux personnages et aux faits de son temps sont contenus dans ces documents divers, et il faudra les consulter plus d'une fois. Nous allons dresser la liste de quelques-uns, qui nous paraissent encore à peu près inconnus.

Dr A. DUREAU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Duffoure, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique médicale, chargé des travaux chimiques à l'hôpital de la Charité (emploi nouveau).

***

Par décision ministérielle du 20 mars 1885, rendue par application des dispositions du décret du 23 du même mois, les médecins inspecteurs dont les noms suivent ont été désignés pour procéder, en 1885, à l'inspection générale du service de santé militaire :

1er arrondissement (1er, 2 et 3e corps d'armée), M. Baudouin. — IIe arrondissement (4e, 10e et 11e corps d'armée), M. Perrin. — IIIe arrondissement (6e et 7e corps d'armée), M. Daga. — IVe arrondissement (8e, 9e et 12e corps d'armée), M. Levié. — Ve arrondissement (13e, 14e et 15e corps d'armée), M. Gaujot. — VIe arrondissement (16e, 17e et 18e corps d'armée), M. Védrènes. — VIIe arrondissement (5e corps d'armée et gouvernement militaire de Paris), M. Colin. — VIIIe arrondissement (19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie), M. Poulet.

qu'on avait réservé dans le but d'en faire l'extirpation et l'examen histologique, disparaît graduellement sans laisser de traces.

La malade sort à la fin d'août complètement cicatrisée et ayant repris des forces au-delà de toute espérance.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie des abcès fétides des membres, par le docteur G. Nepveu, ancien interne, chef de laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, membre des sociétés de chirurgie, de biologie, anatomique, etc.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

En résumé, voici deux observations absolument comparables.

Ces deux hommes ont été blessés : l'un en 1870, l'autre en 1871. Chez tous deux le squelette a été atteint primitivement; le premier a guéri presque immédiatement; la blessure du second ne s'est fermée que beaucoup plus tard, en 1874. Depuis lors cependant jusqu'en décembre 1884, jamais l'un d'eux n'a éprouvé la moindre sensation dans son ancienne blessure. La guérison semblait donc absolue, définitive. Vers noël dernier, surviennent néanmoins chez tous deux, au niveau même de la lésion primitive, des douleurs sourdes d'abord, puis de plus en plus vives. Chez le second, c'est sans cause appréciable; chez le premier, c'est après un pénible effort et une sensation de vive souffrance qu'elles apparaissent, quatorze ans après la cicatrisation définitive chez l'un, dix ans après chez l'autre. A ces douleurs succèdent chez tous deux un abcès siégeant au lieu primitivement blessé; chez le second, la lésion secondaire a entraîné la mortification d'une pareille osseuse; chez l'autre, rien de semblable, mais sous l'abcès extérieur cutané on trouve, après trépanation, un abcès central de l'humérus.

Enfin, dans les deux cas, trait commun, caractéristique, d'un haut intérêt par les importants problèmes qu'il soulève, et qui sont le but spécial de ce petit travail, le pus horriblement fétide contenait une prodigieuse quantité de bactériens.

C'est ce dernier fait, étonnant, paradoxal en apparence, de la présence de bactériens dans une collection profonde, placée au milieu même d'un membre, que nous allons essayer d'éclaircir.

Le problème serait bien facile s'il s'agissait d'un abcès fétide en rapport étroit de voisinage avec une section quelconque du tube digestif, la bouche, par exemple, ou l'anus. Mais les faits ici sont bien différents; il s'agit d'abcès placés à de lointaines distances de ces centres bactériens d'une incroyable richesse, sans relation possible avec eux, d'abcès profonds des membres. En un mot, les bactériens sont-ils donc ici *nés sur place?*

Cette hypothèse, qui est celle de la génération spontanée, ne mérite pas discussion.

Proviennent-ils du sang? Dans certaines maladies graves, septicémies de divers ordres, les bactériens pourraient facilement élire domicile en des foyers d'ancienne blessure, d'ancienne lésion. Cette *colonisation bactérienne* sur des points antérieurement malades, ou bien encore sur des points où un trauma quelconque leur ouvre dans nos tissus une porte d'entrée, n'est pas un mythe. C'est parfois une triste réalité. J'ai eu l'occasion d'observer en 1874 un fait de ce genre. Un homme atteint d'accidents septiques, dans le sang duquel j'avais trouvé des bactériens, guérit parfaitement de sa blessure première; la température était absolument normale, à mon grand étonnement. Puis, tout à coup, quinze jours environ après la cicatrisation absolue de sa plaie, survinrent des douleurs dans le mollet gauche, où il portait des varices chroniquement enflammées. Un phlegmon grave survint, et notre homme mourut en peu de jours avec tous les signes d'une septicémie suraiguë (1). C'est par l'intermédiaire des bactériens, c'est par la colonisation silencieuse des caillots phlébitiques que s'est produit ce vaste phlegmon de la jambe et que la septicémie, calmée un instant, reprit tout à coup ses ravages avec une effrayante intensité et enleva le malade.

Evidemment ce n'est pas ainsi que se sont produits nos deux abcès fétides; la preuve en est que la santé de nos deux malades a été parfaite, n'a jamais subi la moindre atteinte depuis la cicatrisation de leurs blessures.

Et si, comme certains auteurs le pensent (à bon droit), *le sang contient à l'état normal* des germes qui pourraient jouer le même rôle, pourquoi choisiraient-t-ils tel moment et pas un autre pour exercer leurs ravages? Ils auraient attendu 14 ans dans un cas, 10 ans dans l'autre!

Aucune de ces hypothèses n'est donc possible; il est bien plus probable que nous avons affaire ici à des bactériens *incarcérés* qui, enfouis dans le foyer traumatique, s'y sont maintenus silencieux dans un sommeil profond, pendant des années entières. Enkystés, entourés peut-être par un rempart néoplasique et peut-être aussi dans les fins canalicules osseux, ils ne se sont réveillés de leur profonde torpeur, que lorsque par une distorsion des tissus, un micro-trauma quelconque, ils ont pu devenir libres en quelque sorte et reprendre leur luxuriante fécondité, soit eux-mêmes en personne les bactériens de la première heure, soit leur descendance, peu nous importe.

Quoi qu'il en soit, ces bactériens ne viennent pas du sang normal ou altéré, ils ne viennent pas d'une inoculation quelconque produite au moment même de l'apparition de l'abcès. Ils ne peuvent provenir que de ceux qui, au moment de la suppuration, ont envahi les blessures premières. C'est là la seule explication possible de leur présence après de si longues années.

Ce n'est du reste pas la seule fois que je me trouve en face d'un fait de cette nature; déjà, en 1877, j'ai pu observer un fait absolument de même ordre que j'ai rapporté ailleurs avec plus de détails (2); il s'agissait d'un homme qui, en 1870, reçut une balle dans le dos : la plaie s'était fermée un mois après la blessure. En 1877, sept ans après, il se forma au même point un abcès dont le pus, extrêmement fétide, contenait en prodigieuse abondance une foule de bactériens. Ces bactériens ne venaient pas du dehors, mais provenaient de la première suppuration.

Mais ici une nouvelle question se pose. *Comment ces bactériens si redoutables peuvent-ils rester de si longues années silencieux, ensevelis pour ainsi dire dans la profondeur des tissus?*

De prime abord ce fait a lieu de nous étonner; mais si l'on réfléchit que le foyer traumatique s'est refermé, qu'une cica-

(1) Voir : *Mémoires de chirurgie*, par G. Nepveu, page 31. Chez Delahaye, Paris.

(2) Voir : *Mémoires de chirurgie*, par G. Nepveu, 1880. Paris, Delahaye, page 93.

trice dense l'entoure, que les bactériens, clos de toutes parts, n'ont plus de moyens de communication avec l'extérieur, que la membrane granuleuse ou la capsule du tissu conjonctif formée autour d'un corps étranger comme une balle, comme une esquille, est presque imperméable, on n'a plus lieu de s'étonner du long silence de ces organismes. Autour d'eux les matériaux de nutrition sont rares ou presque nuls; aussi leur évolution est-elle entravée, la race même s'est abatardie; ils sont d'une petitesse extrême. Mais, malgré tout, ils ne sont ni absorbés, ni détruits. Le rempart néoplasique qui les contient les couvre ainsi de sa protection et les met en réserve pour plus tard.

Comment et à quelle occasion sortent-ils de leur inaction?

A cette question, il est parfois facile de répondre : chez l'un de nos malades, en effet, c'est à l'occasion d'un violent effort musculaire, en soulevant un panier chargé de bois, peut-être d'un arrachement périostique insignifiant, d'un micro-trauma quelconque, que s'est faite leur irruption subite dans les tissue ambiants et leur inoculation soudaine. Si, chez l'autre malade, aucune circonstance ne peut nous révéler une trace quelconque du procédé d'inoculation, c'est qu'il n'est pas toujours possible d'arriver à retrouver un signe de lésions aussi faibles et aussi légéres.

Quant à la cause même de la fétidité, il faut laisser de côté les vieilles théories de Velpeau, Dance (1), Bérard (2), Follin (3).

Ce n'est pas la *pénétration de l'air* dans ces abcès par une espèce d'endosmose qui les rend fétides. Cette explication, tout au plus admissible pour les abcès péricavitaires, ne peut s'appliquer aux abcès fétides des membres. Elle ne peut non plus se comprendre par *l'intensité de l'inflammation*, nos abcès ont mis quatorze ans, dix ans, à se former; ce n'est pas par le *mélange de liquides divers*, sang et pus, etc., qu'ils ont pu prendre naissance. Serait-ce par la rétention prolongée des liquides? Cette explication n'en est pas une et recule le problème; du reste, pourquoi ces liquides ainsi putréfiés n'agissent-ils pas sur l'organisme? C'est donc à des parties solides, à des corps figurés, c'est aux bactériens que l'on doit attribuer la putréfaction.

Nous pouvons maintenant résumer notre travail dans les conclusions suivantes :

1° Les abcès fétides des membres sont très rares et se présentent dans plusieurs conditions :

a. — A la suite d'effractions sur les vaisseaux qui contiennent des bactériens dans certaines conditions pathologiques et par inoculation directe du sang contaminé aux tissus : c'est de l'auto-inoculation;

b. — A la suite de pénétration dans l'intérieur des tissus des bactériens venant du dehors (plaie et piqûres, etc.). A cette catégorie se rattache leur incarcération directe dans nos tissus. Cette incarcération se produit à l'aide de la membrane granuleuse;

2° La persistance des bactériens ou de leur descendance dans le cas d'incarcération ne peut être mise en doute, car on les observe au bout de quatorze ans, de dix ans, dans les abcès dont nous venons de donner l'observation;

3° Un trauma quelconque peut mettre à même les bactériens ainsi incarcérés de produire de grands désordres (phlegmons, abcès fétides) par une véritable inoculation aux tissus périphériques;

4° Cette longue incarcération nous prouve que les bactériens sont les véritables, les seuls agents de la fétidité extraordinaire qui caractérise ces abcès.

Ainsi s'éclaire peu à peu leur rôle prépondérant dans la production des liquides septiques.

(1) Archives générales de médecine, t. XXX, p. 152.
(2) Dictionnaire en 30 vol., t. XXVI, article *Pus*, 1842.
(3) Pathologie, t. I, p. 26.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Bactériologie médicale.

I. Les bacilles du choléra asiatique de Koch et les bacilles dits de Finkler dans le choléra nostras, par J. Raptchiëvski (Wratch. 1885, n° 7).

Une dame âgée, qui ne s'était pas absentée de Pétersbourg et n'avait jamais eu de rapports, même indirects, avec les localités où sévissait la dernière épidémie de choléra, fut subitement prise, sans cause apparente, de diarrhée et de vomissements. Dans l'espace de deux heures, elle eut environ 20 déjections diarrhéiques, algidité des membres et convulsions des muscles des mollets. Amélioration sous l'influence de l'opium et des excitants, puis guérison.

L'examen microscopique des déjections de cette malade et les essais de culture d'après la méthode de Koch décelèrent la présence de quatre variétés de microbes, dont deux sans valeur spécifique : c'étaient d'abord (*a*) les bactéries longues et droites, trouvées par Bienstock (Zeitschrift f. klin Medicin, vol. viii) dans les matières fécales normales, bactéries qui produisent la putréfaction des corps albumineux; puis (*b*) des chaînettes d'un micrococcus ovalaire, pareil aux microbes constatés par la commission française chargée de l'étude du choléra, dans l'estomac d'un cadavre cholérique et représentés sur la fig. 6, planche II du compte rendu de ladite commission (Voir Archives de physiol., 1884, n° 4). Quant aux deux autres variétés, elles étaient absolument identiques au point de vue tant morphologique que biologique (absence de spores, développement dans la gélatine et autres milieux de culture), l'une (*c*) aux bacilles en virgule du choléra asiatique de Koch, l'autre (*d*) aux bacilles recourbés, trouvés par Finkler et Prior dans les cas de choléra endémique ou nostras. *Cette dernière variété de bactéries prédominait, par le nombre, sur les trois autres.*

On sait que Finkler et Prior prétendent avoir constamment trouvé, dans les selles des malades atteints de choléra nostras, des bacilles parfaitement semblables, par la forme, aux « virgules » du choléra asiatique de Koch. Mais il a été démontré que ces auteurs s'étaient servis dans leurs recherches de procédés bactérioscopiques défectueux et que, par conséquent, leurs cultures ne pouvaient être pures. Aussi Koch trouva dans les cultures qui lui furent envoyées par Finkler et Prior un mélange de différentes espèces de microbes, et entre autres un bacillus recourbé qui présentait une certaine ressemblance avec les virgules du choléra asiatique, mais différait considérablement de ces dernières par ses propriétés biologiques. C'est ce microbe que Koch lança dans la littérature médicale sous le nom de « bacillus recourbé de Finkler et Prior ». Or,

en comparant sous le microscope les « bacillee de Finkler » aux « virgules de Koch », même un œil inexpérimenté saisit facilement, comme l'affirme Raptchiêsvki, la différence de dimensions entre les deux microbes, et pourtant Finkler les prétendrait identiques an point de vue morphologique ! Il est difficile d'admettre une si grande erreur de la part de ce savant. Raptchièvski pense qu'il s'agit là d'un malentendu. Finkler et Prior ont probablement trouvé chez leurs malades la même troisième variété de bactéries (c) que lui, Raptchiévski, avait constatée dans le cas précité, et reconnue vraiment identique au point de vue de la forme, des dimensions et des propriétés biologiques aux virgules du choléra asiatique de Koch ; mais dans les cultures *impures*, envoyées par Finkler et Prior à Koch, cette variété *c* avait été, pour ainsi dire, supplantée par la multiplication excessive (multiplication qui s'était peut-être effectuée pendant le transport des cultures jusqu'à Berlin) de la variété *d* qui, comme nous l'avons vu plus haut, prédominait aussi dans les cultures de Raptchiévski et que Koch baptisa du nom de « bacilles recourbées de Finkler et Prior », pensant que c'était leur identité avec les virgules du choléra asiatique qu'affirmaient Finkler et Prior ». Bref, Raptchievski croit que ce point de la question est encore à élucider.

Les cas comme celui de Raptchiévski méritent une attention particulière, car ce sont eux surtout qui se prêteraient le mieux à la détermination du rôle pathogène de la virgule de Koch. Ce bacille est-il vraiment un microbe qui ne se trouve que dans le choléra asiatique (et alors le cas de Raptchievski serait le premier cas de choléra asiatique à Saint-Pétersbourg), ou se trouve-t-il aussi dans le choléra nostrae, et alors la théorie de Koch tombe et les « virgules » perdent leur caractère spécifique, ainsi que toute valeur pour le diagnostic différentiel ? !

Prochainement Raptchiévski nous décrira les résultats des expériences qu'il poursuit sur l'inoculation aux animaux des cultures de microbes, trouvés dans le cas que nous venons de relater.

II. Du nombre des bacilles de la tuberculose dans les crachats tuberculeux, par Z. Ziénkiévitch (Méd. Ososrénié, 1885, n° 1).

L'examen des crachats de cinquante et un malades phthisiques de la clinique thérapeutique du professeur Mérinegue, à Kiéw, a donné à l'auteur les résultats généraux suivants :

1° La qualité et la quantité des crachats n'ont aucune influence sur le nombre des bacilles de la tuberculose dans ces crachats.

2° La thèse de Balmer, Fraentzel, Pfeiffer et autres, d'après laquelle le nombre des bacilles de la tuberculose dans les crachats atteindrait son maximum dans les derniers jours de la vie du malade, est erronée.

3° Le nombre des bacilles de la tuberculose dans les crachats ne dépend pas de l'intensité du processus destructif dans les poumons.

4° Le nombre des bacilles de la tuberculose dans les crachats est en proportion directe avec l'intensité de la fièvre, mais seulement en tant que la fièvre dépend de la rapidité du processus destructif dans les poumons.

5° On admet généralement que les bacilles de la tuberculose se développent primitivement dans les crachats (mucus et pus des alvéoles et des bronches), et que ce n'est qu'ensuite, secondairement, qu'elles pénètrent dans le tissu pulmonaire. Mais c'est justement le contraire qui est vrai : les bacilles provoquent d'abord la formation des tubercules et pénètrent ensuite dans les crachats, à mesure que se fait la fonte de ces tubercules.

Balmer et Fraentzel pensent que les bacilles de la tuberculose se développent mieux dans les crachats que dans le tissu pulmonaire. C'est une pure supposition qui est, pour le moins, douteuse.

(A suivre.)

Dr W. Holstein.

BIBLIOGRAPHIE

Du massage, son historique, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques, par J. Estradère, 1 volume in-8 de 243 pages. — Paris, 1884, A Delahaye et Em. Lecrosnier.

C'est une excellente idée qu'a eue M. le docteur Estradère de publier une nouvelle édition de son *Traité du massage*, que dis-je, une nouvelle édition, un nouveau travail sur le même sujet qu'il avait abordé il y a plus de vingt ans. Dès l'année 1863, ce premier essai avait marqué, sinon un point de départ dans la question du massage, au moins une période de renouvellement. Aujourd'hui, le livre reparaît agrandi et complété.

Le volume comprend deux grandes parties : la première, historique et narrative ; la seconde, purement dogmatique.

La pratique du massage remonte très haut, d'après M. Estradère ; il faut en rechercher l'origine dans les écrits d'Hippocrate, de Philostrate, de Cœlius Aurelianus, d'Oribase, de Galien, d'Antyllus, etc.

Avec la Renaissance, le massage fut remis à la mode ; les écrits de Mercurialis, d'Ambroise Paré, de Joubert, de Paracelse, d'Alpinus, etc., en font foi. Puis viennent Guyon, Borelli au XVIIe siècle, Hoffmann, Tissot, Sabatier au XVIIIe siècle, sans oublier le livre si curieux et si recherché de Meïbomius sur « la Flagellation ».

Nous sommes entrés dans la période de perfectionnement dont l'origine remonte aux récits qui nous viennent des voyageurs en Chine et dans l'Inde sur l'importance de cette méthode.

Après l'exposé des travaux de Ling, Dally, Hessler, Liétard, c'est ici qu'arrive, dans un deuxième chapitre, la description de l'art de masser, les conditions qui font un bon masseur, les instruments qu'il doit avoir à sa disposition, les manœuvres qu'il doit exécuter : frictions, onctions, pressions, titillations, taxis, pincement, foulage, percussion, mouvements passifs, tractions, torsions, secousses. Puis vient la manière de faire un massage suivant la région : membre, tête, cou, thorax, abdomen, organes génito-urinaires.

Dans sa deuxième partie, M. Estradère expose les effets physiologiques du massage avant d'en démontrer les résultats thérapeutiques ; il en tire ensuite des indications pour la cure des diverses maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire, locomoteur, digestif, pour le traitement des altérations des fonctions de sécrétion et d'excrétion ; des troubles de l'innervation, névralgies, paralysies ou contractures (tétanos, etc.), et des maladies des organes génito-urinaires, y compris le défaut de sécrétion lactée, et jusqu'aux maladies

constitutionnelles (chlorose, albuminurie, rhumatisme, goutte, cancer, diabète, scrofule, rachitisme, syphilis, intoxications, maladie bronzée); maladies infectieuses (choléra, fièvre jaune, fièvre intermittente). Après avoir signalé la tendance, toute naturelle chez un initiateur, à exagérer la portée et les applications de la méthode qu'il préconise, il ne nous restera qu'à rendre hommage au talent d'exposition de M. Estradère, à ses qualités d'apôtre, et à le remercier d'avoir remis entre nos mains un travail aussi sérieux, aussi utile et aussi intéressant.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

BULLETIN

ASSEMBLÉE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Deuxième journée, 13 avril 1885.

La seconde journée de la réunion générale a été bien remplie.

On procède tout d'abord au remplacement des membres du Conseil sortants, décédés ou démissionnaires : MM. Hugot (de Laon), Boûtin, Horteloup, Lunier (de Paris) sont réélus. MM. Thomas (de Tours), Marjolin et Passant (de Paris), sont nommés. M. Blache est réélu vice-secrétaire en remplacement de M. Chéreau. MM. Barthez et Desgranges sont nommés par acclamation membres honoraires.

Après cette élection, il se produit un incident pénible. M. Gassot (de Chevilly), l'un des plus ardents propagateurs des syndicats dans le CONCOURS MÉDICAL, avait fait distribuer avant la séance un procès-verbal d'une séance de l'Association du Loiret tenue à Gien le 3 août dernier, et dans laquelle il avait protesté contre une erreur du procès-verbal de la session de l'Association générale d'avril 1884. M. Gassot prend la parole pour soutenir la revendication de sa brochure; c'est de lui qu'on a, soutient-il, défiguré les paroles et il en accuse le Conseil général tout entier.

M. Martineau s'élève énergiquement contre ce procédé peu confraternel et l'Assemblée lui donne gain de cause en passant à l'ordre du jour à l'unanimité.

M. Durand-Fardel a la parole pour soutenir les conclusions de son excellent rapport lu la veille sur les pensions viagères; elles sont grandes et émouvantes les misères qu'il fait passer sous nos yeux : ici c'est un officier de santé de 71 ans qui, sur 11 enfants qui lui restent, en a encore 6 à sa charge; là, c'est un autre officier de santé de 78 ans à qui, hémiplégique, il reste 4 enfants, les uns sourds-muets, les autres incapables de se suffire. Plus loin, c'est un médecin presque aveugle et d'une santé fort altérée, etc. Après une courte discussion, on vote 10 pensions nouvelles, dont 6 de 600 fr. et 4 de 500; on vote aussi pour de vieux médecins, dont le moins âgé a 70 ans, des augmentations de pensions qui élèvent 7 pensions à 600 fr. et 2 à 500 fr., soit en tout pour 1883 le chiffre de 74 pensions, auxquelles sont affectées 35,800 fr.

La question la plus importante qui se soit vidée à la séance de lundi, c'est celle des syndicats; on a eu l'occasion de l'agiter souvent dans la GAZETTE MÉDICALE, ce qui me dispense de longs développements. La discussion d'ailleurs a été fort brève, car la question avait été au préalable étudiée avec beaucoup de soins par MM. Foville, secrétaire-général de l'Association, et Vannesson, conseil judiciaire, et ils avaient écrit, au nom d'une Commission dont ils faisaient partie avec MM. Roger, Leroy de Méricourt et de Ranse, un intéressant rapport.

La base de ce rapport, ce sont les réponses par quatre-vingt-dix Sociétés à un questionnaire uniforme qu'elles avaient reçu l'an dernier.

Voici ce qui ressort de ces réponses : Dans beaucoup de départements, la plupart des membres des Sociétés locales font partie des syndicats (Alger, 46 sur 48; Havre, 66 sur 67, etc.) Au point de vue des résultats obtenus par les syndicats, il n'y a que 29 réponses, sur lesquelles 19 mentionnent l'influence favorable de ce mode d'association : amélioration des rapports confraternels, relèvement des honoraires et facilité des rentrées, grâce à l'emploi de formules uniformes et d'agent commun de recouvrements, relations plus faciles avec l'administration et avec les Sociétés de secours mutuels, etc.

Jusqu'ici, à part le syndicat de Domfront, aucun n'a fait officiellement usage des droits conférés par l'article 6 de la loi municipale (droit d'ester en justice) et on sait que l'affaire est pendante devant la Cour de cassation.

Les relations entre les Sociétés locales et les syndicats sont des plus cordiales; mais la plus importante des questions soumises aux Sociétés était celle de la nature des rapports que chacune d'elles désirait voir s'établir entre elle et les syndicats. Sur celle-là, de même que les rapporteurs, nous nous arrêterons plus spécialement. MM. Foville et Vannesson divisent les Sociétés, à ce point de vue, en six groupes. Le premier, groupe de l'*abstention*, (16 Sociétés) est celui des Sociétés qui expriment à peine un avis; le second groupe, ou de la *défiance*, comprend les Sociétés défavorables aux syndicats; parmi ces cinq Sociétés, la majorité croit que l'Association suffit et que le syndicat constitue un rouage inutile, sinon nuisible; le troisième groupe, dit de l'*expectation*, se compose de 18 Sociétés, qui veulent attendre ce que produira l'expérience des syndicats existants; le quatrième groupe, ou de la *bienveillance réciproque, sans rapports organisés*, approuve les syndicats, mais veut vivre avec eux sur le pied de l'indépendance et des relations cordiales.

Dans le cinquième groupe, celui de l'*Alliance*, figurent vingt-troie Sociétés qui demandent à entretenir avec les syndicats les rapports les plus intimes jusqu'à la fusion exclusivement, et même à tenir de temps en temps des réunions communes; l'Association de la Gironde, qui a autour d'elle dans ce département un grand nombre de syndicats, « se met à leur disposition, comme tribunal d'honneur, dans les difficultés déontologiques qu'ils jugeraient opportun de lui soumettre », et la Société des Landes subordonne cette même offre à un examen préalablement favorable des statuts des syndicats qui désirent prendre la Société comme tribunal d'honneur.

Le sixième groupe est formé par l'unique société de la Loire et Haute-Loire. Voici son opinion : « La société émet le vœu que, mettant à profit la loi du 21 mars 1884, les sociétés agrégées se transforment, si la chose est légalement possible, en syndicats, et que l'Association générale devienne l'Union des syndicats de France. »

La rapport de MM. Vannesson et Foville fait remarquer que cette Union rêvée n'a pas le droit d'ester en justice, bien que chaque syndicat le possède en particulier; de la sorte l'Association générale, transformée en Union des syndicats, n'aurait

pas plus de droit après qu'avant la transformation. Pourquoi donc la préconiserait-on ? Et d'ailleurs, si l'on en croit les jugements du tribunal de Domfront et de la conr de Caen, les médecins peuvent-ils former des syndicats professionnels ?

Est-ce que la cour de Caen n'a pas dénié au syndicat de Domfront le droit d'ester en justice, parce que les médecins qui en font partie n'ont eu, en s'associant, qu'un seul but, celui de fixer leurs honoraires suivant la gravité des cas et d'en poursuivre le recouvrement; or, n'est-ce pas là l'un des buts principaux que se proposent les syndicats médicaux ?

Ceci bien exposé, le rapport passe aux conclusions. Après avoir recommandé entre les syndicats et les sociétés locales la concorde et la bonne confraternité, après avoir montré qu'au début les syndicats ont eu des tendances que l'Association générale des médecins de France n'aurait pu ni partager ni approuver, MM. Vannesson et Foville concluent ainsi :

1° Les sociétés locales, agrégées à l'Association générale des médecins de France, peuvent rester étrangères aux syndicats médicaux établis dans leurs circonscriptions; cependant, à moins d'empêchements particuliers, il est à désirer que les sociétés locales et les syndicats vivent, à côté l'un de l'autre, sur le pied de la bonne confraternité et de la bienveillance réciproque.

2° Les sociétés locales qui voudraient établir, entre elles et certains syndicats, les liens plus intimes d'une collaboration effective peuvent le faire, pourvu toutefois que les syndicats avec lesquels elle contracteraient cette alliance n'admettent, dans leurs statuts, rien qui soit contraire aux principes de mutualité confraternelle sur lesquels repose notre Association générale.

3° La nouvelle loi relative aux sociétés de secours mutuels n'étant pas encore votée, et la question de savoir si les médecins peuvent utiliser la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, étant actuellement sonmise à la Cour de cassation, on ne peut dire jusqu'à présent, s'il serait possible, ponr des sociétés locales, de ne faire qu'un avec des syndicats médicaux.

Après la lecture du rapport, M. Margueritte (du Havre) a lu un long et intéressant plaidoyer en faveur des syndicats, insistant peut-être un peu trop sur une hostilité qui, de la part des sociétés locales, est très rare, mais qui de la part des syndicats est parfois assez accentuée. M. Margueritte est le promoteur infatigable et intelligent des syndicats; il tient à son enfant, et il a raison; il constate que syndicats et sociétés veulent, chacun de leur côté, le relèvement de la dignité professionnelle, que l'Association ne peut pas descendre à certains détails dont s'occupent les syndicats, et desquels dépend cependant l'existence matérielle du médecin; que les syndicats réunissant les médecins dans des banquets annuels (l'Association le fait aussi, ce me semble), un peu plus de cordialité s'établit entre ceux qui s'assoient à la même table, que le syndicat est pour les médecins mieux qu'un conseil de l'ordre, puisque chacun d'eux est sous l'œil de ses pairs qui sont en même temps ses juges. A quoi sert une discussion sur les conclusions du rapport, se demande M. Margueritte, puisque l'Association reconnaît les services des syndicats ? C'est dans une union intime qu'il faut chercher la solution du problème. Si l'Association obéissait à la méfiance, on lui rappellerait que son but indiqué par les statuts qu'elle a faits elle-même est de « préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance ». Les syndicats ne sont-ils pas ces institutions ? pourquoi l'Association les rejetterait-elles ?

Quelques réserves que l'on puisse faire sur la note de M. Margueritte, au point de vue du fonds et du ton, il n'en est pas moins vrai qu'elle défend énergiquement la cause des syndicats et non moins énergiquement l'alliance des syndicats et de l'Association; à ce dernier titre, elle a été bien accueillie par l'assemblée du 13, et M. le président Roger a pu, aux applaudissements de tous, adresser ses remerciements à l'orateur, et déclarer que, sitôt que la législation le permettrait, l'Association s'attacherait à atteindre le but signalé par le docteur Margueritte.

On a repris alors la discussion du rapport Vanneson-Foville, et, malgré l'opposition de M. Tessier (de l'Eure), qui prétendait que les sociétés locales, libres de leurs actions, n'avaient pas à se laisser imposer une ligne de conduite, les trois conclusions ont été votées. On a eu raison. Du moment que l'étude de la question avait été renvoyée au Conseil, que les délégués des sociétés ont plein pouvoir, leur réunion a le droit de prendre une décision qui, dans l'espèce, n'est qu'un *modus vivendi* général susceptible de modifications diverses.

Enfin on a passé aux vœux des sociétés; nous mentionnerons les suivants :

M. Surmay (de Ham), au nom de la Société de l'arrondissement de Saint-Quentin, a émis le vœu « qu'il soit institué un ordre de médecins représenté par des chambres médicales d'arrondissement élues, et par un Conseil général de l'ordre, également élu, et qu'à cette institution soit déléguée par la loi une autorité souveraine sur tout ce qui concerne la dignité et l'honneur professionnels et les rapports des médecins entre eux, autorité allant jusqu'au pouvoir d'interdire l'exercice de la profession, etc. »

La question fort grave que vise le vœu de M. Surmay a été soulevée dans plusieurs sociétés locales, précisément à propos des syndicats; elles ont demandé, celle des Basses-Pyrénées entre autres, que la question fût mise à l'étude. Le rapport de M. Foville lu la veille parlait aussi dans ce sens; mais comment faire ?... J'ai fait remarquer à la réunion de lundi que c'est fort simple; il s'agit d'envoyer le plus vite possible à chaque société des extraits du projet Surmay, du projet Mougeot (de Bar-sur-Aube), du projet du Congrès de 1845. Chaque société les discutera et enverra ses conclusions au Conseil général qui lui-même fera à l'Assemblée générale de 1886 ce qu'il a fait pour les syndicats à l'Assemblée de 1885. On me répondait bien que ce serait chose peu facile, que le temps manquerait, qu'il valait mieux, pour faire court, ne consulter les sociétés que sur le principe; mais songe-t-on que, pour en arriver à adopter ou à rejeter un principe tel que celui-là, il faut avoir, au préalable, fouillé la question dans tous les sens; et alors que coûte-t-il d'envoyer les conclusions que j'ai demandées.

On consultera donc toutes les sociétés. Si l'enquête n'est pas complète en temps opportun, on reculera la discussion générale jusqu'en 1887; mais déjà, en 1886, on aura de fortes présomptions pour ou contre le projet Surmay.

Plusieurs vœux de la Société d'Alger lus par M. Foville, au nom de M. Trolard, empêché, n'ont pas été admis.

On a renvoyé au Conseil général l'étude d'un vœu de la Société de la Marne lu par M. Lenglet et concernant la vérification des décès. La Société demande si les indications données à l'administration par le médecin traitant sur la nature de la

maladie à laquelle a succombé un de ses clients constituent la violation du secret professionnel.

La question est fort délicate, mais, dans l'intérêt de l'hygiène, on peut tourner la difficulté; le Conseil pourrait nous dire aussi si les médecins que l'administration invite à lui signaler les imperfections hygiéniques des maisons dans lesquelles leur profession les appelle, violent le secret médical en indiquant ces défectuosités.

Je ne le crois pas.

Ainsi a fini, après un mot d'adieu du président, la session générale de 1885. Le soir, comme les années précédentes, M. et Mme Roger faisaient, aux médecins de Paris et aux délégués des sociétés locales, les honneurs de leur salon hospitalier du boulevard de la Madeleine.

Dr C. Delvaille.

Association des médecins de la Seine.

Cette Association a tenu son assemblée générale dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté. L'ordre du jour que nous avons fait connaître dans le précédent numéro a été rempli : M. Béclard a été réélu président; MM. Richet et Blanche vice-présidents. Le tableau suivant du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1884 fait connaître l'état toujours prospère de l'Association et les services qu'elle rend. A ce dernier point de vue, rien n'est plus éloquent que les chiffres.

Recettes.

Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	27,963 fr.	50
Cotisations	17,519	»
Admissions	828	»
Dons et legs	5,089	»
Reliquat de l'année 1883	835	»
Total	52,234 fr.	50

Dépenses et emploi.

Secours à 2 sociétaires et à 45 veuves ou enfants de sociétaires	27,200 fr.	»
Secours à 23 personnes étrangères à l'Association	3,675	»
Recouvrement des cotisations	600	»
Frais d'impression	1,155	55
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	292	50
Achats de rentes	18,463	35
Total	51,386 fr.	40

Balance.

Recettes	52,234 fr.	50
Dépenses	51,386	40
Reste	848 fr.	10

Caisse des pensions viagères.

Recettes.

Report de l'année 1883	221 fr.	15
Intérêt des sommes placées	392	70
Total	613 fr.	85

Dépenses et emploi.

Une pension viagère	600 fr.	»
Total	600 fr.	»

Balance.

Recettes	613 fr.	85
Dépenses	600	»
Reste	13 fr.	85

— Caisse des pensions de Retraite du corps médical français. — Cette Association, qui a tenu son assemblée générale constitutive le 19 octobre 1884, a pris rapidement son essor. Dès le 31 décembre, le trésorier possédait à l'avoir de la caisse une somme de 22,745 fr. 75. Le nombre des adhérents de la première heure était d'environ deux cents. Quand il s'est agi de passer de la conception à l'action, une quarantaine de ces premiers adhérents se sont retirés. Mais plus de cinquante nouveaux sont déjà venus combler les vides, et l'Association compte aujourd'hui 215 membres. Nul doute que ce nombre ne s'accroisse de jour en jour.

L'Association a tenu son Assemblée générale annuelle le dimanche 12 avril, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz. La veille, le Comité Directeur et le Conseil des censeurs, réunis d'abord isolément, puis ensemble et constituant ainsi le Conseil général, avaient examiné, contrôlé les comptes de gestion et arrêté l'ordre du jour de l'Assemblée générale. Dans celle-ci, on a entendu et vivement applaudi le rapport du secrétaire général, M. Lande, celui du trésorier, M. Verdalle, et le président a été l'interprète de tous quand, joignant ses félicitations à celles de l'Assemblée, il a dit « qu'une fondation possédant de tels parrains ne peut manquer d'aller loin ».

Actuellement, c'est-à-dire après six mois d'existence, la Caisse des pensions de retraite possède 50,171 fr. 15 placés en valeurs garanties par l'État. La caisse annexe a plus de 1,000 fr. Voilà certes des débuts encourageants et bien propres à attirer à l'œuvre de nouvelles adhésions. Une œuvre semblable se poursuit en Angleterre. Dans le courant de 1884, nos confrères d'outre-Manche ont fondé aussi une Caisse de pensions de retraite, en y joignant toutefois une Caisse d'assurances sur la vie et une Caisse d'assurances en cas de maladie. On peut adhérer à une, à deux de ces Caisses ou aux trois simultanément. On s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de joindre ainsi à notre Caisse de pensions de retraite une Caisse d'assurances contre les accidents et contre les maladies; la question a été renvoyée à l'examen d'une commission qui fera son rapport à la prochaine Assemblée générale. On voit par là que la Caisse des pensions de retraite ne se préoccupe pas seulement d'augmenter le nombre de ses membres, de grossir son capital et d'accroître ainsi la quotité des pensions qu'elle aura à servir : elle ne veut rester indifférente à aucune des questions, à aucun des projets ayant pour objectif d'assurer ou d'améliorer le bien-être des médecins.

F. de R.

NOTES & INFORMATIONS

Troubles a la Faculté de médecine de Montpellier. — La répartition des récompenses à propos de la dernière épidémie cholérique ne s'est pas faite, paraît-il, d'après les informations les plus rigoureuses sur les services rendus. Nous avons rencontré, il y a quelques jours, un excellent et honorable confrère qui a été très péniblement surpris de voir son

nom inscrit pour une médaille à laquelle il reconnaît n'avoir aucun droit. De même, à Montpellier, une décoration semble s'être égarée et s'être trompée de destinataire : M. Estor l'avait méritée ; c'est le doyen, M. Benoît, qui a été promu officier. Il est vrai que ce dernier vient de payer un pen cher cette erreur. La jeunesse des Ecoles supporte mal l'injustice ; elle a rendu le doyen responsable et s'est insurgée contre lui. Les cours ont dû être suspendus ; M. Benoît a donné sa démission de doyen et demandé sa mise à la retraite comme professeur. M. Grasset, premier assesseur, remplira les fonctions de doyen jusqu'à la nomination du nouveau titulaire. Ajoutons que M. Estor, dont les étudiants ont un peu vivement embrassé la cause, était allé avec ses deux fils affronter l'épidémie à Toulon, tandis que M. Benoît restait paisiblement dans son fauteuil de doyen.

— SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE DE RÉSERVE ET L'ARMÉE TERRITORIALE. — Une circulaire du ministre de la guerre, adressée aux gouverneurs militaires et commandants de corps d'armée, donne de nouvelles instructions relatives à l'examen d'aptitude auquel sont astreints, depuis le 1er janvier de cette année, les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe aspirant au grade d'aide-major de deuxième classe dans l'armée de réserve ou l'armée territoriale. Aux termes de cette circulaire, le décret du 10 janvier 1884 n'a pas d'effet rétroactif, et sont, en conséquence, dispensés dudit examen :

1° Les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe qui sont actuellement l'objet d'une proposition régulière pour l'emploi d'aide-major de deuxième classe dans la réserve de l'armée active ou dans l'armée territoriale ;

2° Les docteurs en médecine et pharmaciens de première classe qui sont déjà en possession de titres provisoires et pour lesquels des mémoires de proposition n'ont pas encore pu être établis, en raison des délais nécessaires pour la production des pièces exigées.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Camille Le Noir, médecin inspecteur des écoles du 1er arrondissement de Paris.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Béclard, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours par M. Régnier, agrégé.

— M. Landouzy, agrégé, est chargé du cours d'hygiène à ladite Faculté, en remplacement de M. Bouchardat, nommé professeur honoraire.

— M. de Gennes, chef adjoint de clinique médicale, est nommé préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à ladite Faculté (hôpital Necker), en remplacement de M. Ramonat, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 avril 1885, la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Mossé, agrégé, est chargé du cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté, en remplacement de M. Mairet, empêché pour cause de maladie.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Delamarre, professeur de botanique et de zoologie, est nommé professeur honoraire.

— M. Bureau, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, suppléant, est nommé professeur de botanique et de zoologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Delamarre, nommé professeur honoraire.

— M. Rouxau (Alfred-Charles-Cyprien), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

CONCOURS. — Un concours pour une place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Lyon s'ouvrira le 15 juillet prochain. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins un mois avant cette date, et justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de six années et le traitement annuel de 2,000 francs.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 28 mai 1885, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

***

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le professeur A. Fournier a repris ce cours le vendredi 24 avril, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, commencera son cours à l'hôpital des Enfants-Malades, le samedi 2 mai 1885, à dix heures du matin.

Division du cours : le samedi, leçon clinique à l'amphithéâtre ; le mardi, leçon au lit des malades ; le jeudi, démonstrations au laboratoire.

Tous les jours, à neuf heures du matin, visite des malades.

***

ENQUÊTE SUR LA CONTAGIOSITÉ DE LA PHTHISIE. — Les confrères qui n'auraient pas encore répondu à l'enquête ouverte par la *Société médicale des Hôpitaux* sur la transmissibilité de la tuberculose, sont instamment priés d'adresser, dans le plus bref délai, leurs observations à M. le docteur Vallin, rapporteur, 3, rue de l'Abbaye, au siége de la Société.

***

ANNUAIRE DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS. — La commission chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'*Annuaire de l'Internat* prie les Internes ou anciens Internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelques erreurs ou quelques modifications survenues depuis la dernière édition, de bien vouloir en informer M. le docteur Sevestre, 7, rue Scribe.

***

ERRATUM. — Dans la notice nécrologique consacrée à des Etangs, on lui a donné, par suite d'une erreur typographique, le prénom de *Charles*. Son prénom et son nom de famille sont *Albert Chaâles des Etangs*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

13. M. Brault. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des fractures avec plaies de l'articulation tibio-tarsienne. — 14. M. Vénégas. Contribution à l'étude du traitement des teignes. — 15. M. Garcin. Contribution à l'emploi du bichlo-

rure de mercure en obstétrique. — 16. M. Bourdin. Contribution à l'étude des principaux facteurs de gravité dans la syphilis. — 17. M. Bontineau. De la cautérisation actuelle dans le traitement des maladies articulaires. — 18. M. Vaisse. Du rhumatisme cardiaque primitif. — 19. M. Levassor. Contribution à l'étude des éruptions quiniques. — 20. M. Alvarez. Etude sur les pleurisplénites et la pleurésie de voisinage dans la fièvre typhoïde. — 21. M. Barbier. De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 12 au samedi 18 avril 1885.

Fièvre typhoïde 22. — Variole 3. — Rougeole 59. — Scarlatine 8. — Coqueluche 8. — Diphtérie, croup 48. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 41. — Phthisie pulmonaire 215. — Autres tuberculoses 45. — Autres affections générales 74. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 40. — Pneumonie 130. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 35. — au sein et mixte 16. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 81. — de l'appareil respiratoire 123. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 13. — Total de la semaine : 1,221 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Précis de médecine opératoire. — Aide-mémoire de l'élève et du praticien, par le docteur. Ed. Le Bec, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 450 pages avec 410 fig. — Prix : 6 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De l'aphasie et de ses diverses formes, par le docteur Bernard. Un vol. in-8 de 271 pages avec 32 figures. — Prix : 4 fr. — Paris, publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, par le docteur Castro Soffia. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, par M. le docteur Jaccoud. Tomes XXXVI-XXXVII. — Principaux articles : Tome XXXVI. — Trachée, trachéotomie, par Dubar. — Transfusion, par Oré. — Trépan, par Poulet. — Trophonévrose, par Leloir. — Tubercule, tuberculose, par Hanot. — Tumeur, par Heurtaux. — Tympanite et typhlite, par Luton. — Typhoïde (fièvre), par Homolle et Ferd. Dreyfous. — Tome XXXVII. — Typhus (typhus exanthématique, fièvre récurrente, méningite cérébro spinale), par E. Richard. — Urémie, par Labadie-Lagrange. — Urèthre, par Bouilly, Guiard et Jamin. — Urinaires (voies), pathologie, par Bouilly. — Urine, par Danlos. — Urticaire et urtication, par Hardy. — Utérus, par Siredey, Danlos, Charpentier et Schwartz. — Prix de chaque volume : 10 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 18 — 2 MAI 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PYÉLO-NÉPHRITE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; recueillies par M. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

I. — *Étude séméiologique d'une affection qui a d'abord dérouté le diagnostic. — Mode de début. — Antécédents pathologiques du malade. — On écarte successivement la néphrite aiguë, l'urémie, la fièvre typhoïde. — Apparition de pus dans l'urine, puis d'une tuméfaction douloureuse dans le flanc gauche. — On repousse la périnéphrite pour admettre une pyélo-néphrite. — Évolution de la maladie. — Retours fébriles pendant la convalescence.*

Messieurs,

Vous avez vue pendant les dernières semaines, de combien d'incertitudes a été entouré le diagnostic du malade couché au numéro 8 de la salle Jenner. Notre jugement, longtemps hésitant, n'est arrivé que tardivement à la vérité, après de si nombreuses fluctuations qu'un instant nous avons pu craindre que le secret de la maladie ne nous échappât. Or je voudrais vous retracer toutes ces hésitations avec les difficultés qui les légitimaient, parce que je suis convaincu que vous en retirerez un utile enseignement. C'est, en effet, une notion de lointaine expérience que rien ne sert mieux l'éducation médicale qu'un diagnostic épineux; car, lorsque vous vous trouverez plus tard aux prises avec des cas aussi ardus, l'histoire d'aujourd'hui revivra dans votre esprit avec une intensité nouvelle, et le souvenir des embarras que nous avons éprouvés sera le meilleur guide que vous puissiez avoir pour les éviter.

Écoutez donc le récit de la maladie qui, le 16 août dernier, amenait Léon R... à l'hôpital et jugez vous-même de la difficulté du problème qui nous était posé. J'estime qu'après avoir pris connaissance des faits, vous passerez condamnation sur nos hésitations des premiers jours.

Léon R... a 37 ans; il est employé chez un épicier, mais ne s'occupe nullement de la vente : c'est une sorte de cheval de trait, attelé du matin au soir à une charrette pleine de denrées qu'il transporte chez les clients. Si la tâche était pénible, l'homme était vigoureux et suffisait à la remplir. Le 4 août dernier, après avoir traîné sa voiture pendant toute la journée, par une chaleur torride, il rentra baigné de sueurs chez son patron qui, séance tenante, lui fit descendre des marchandises dans une cave humide et très fraîche.

Là, il fut saisi par le froid, et non par ce froid banal qu'on cherche à retrouver dans toutes les étiologies douteuses, mais par une véritable sensation de glacement qui lui pénétra « jusqu'aux os », suivant son énergique expression. Presqu'aussitôt, il eût des frissonnements; il se mit à trembler et à claquer des dents, et la fièvre se déclara vive et rapide, avec de la

FEUILLETON

Chronique mensuelle

Soleil d'avril. — Décorations et médailles. — Montpellier et Paris. — La magistrature et la médecine. — Le mutisme professionnel. — Splendeur et misères des praticiens. — La caisse des assurances. — La confraternité.

Le soleil d'avril avait jadis mauvaise réputation auprès de Messieurs de la Faculté; il produisait, dit-on, des « transports au cerveau »; on le rendait coupable d'un grand nombre de méfaits. Aussi j'imagine qu'à Montpellier il a dû frapper d'aplomb sur les têtes des étudiants, à en juger par le « charivari » qu'ils viennent d'offrir à leur « doyen »; il est présumable que ce dernier aura rapporté à ces chaleurs printanières la chaleur avec laquelle ces jeunes gens ont épousé les intérêts d'un de leurs maîtres qui, vaillant, entouré de ses fils, avait été au choléra, comme jadis messieurs de la noblesse allaient au feu, escorté de leurs rejetons, aînés ou cadets.

— Je veux m'abstenir de parler médailles et décorations, quoique... j'aie entendu bien des grincements de dents, et cependant les étudiants parisiens ont été sages. — Affaire de latitude!

Ceux dont la boutonnière a fleuri ont consolé ceux qui n'ont reçu que le ruban violet, ce demi-deuil de la Légion d'honneur; enfin ceux qu'on a emm...édaillés ont fait la grimace. Ajoutons qu'on n'a point poussé la cruauté jusqu'à infliger le « méline agricole » à aucun de nos confrères.

— N'avez-vous pas remarqué que la médecine joue de malheur depuis quelque temps : magistrats, gouvernement, c'est à qui nous pourchassera, nous houspillera ou ne nous décorera pas! Vous avez pu lire, il y a quelques jours, la fâcheuse aventure advenue à un confrère fort répandu. Tudieu! comme Messieurs les juges d'instruction mènent la Faculté! Tandis qu'on offrait une chaise et un cigare à Marchandon, le médecin auquel je fais allusion était interpellé... vivement, morigéné comme un gamin, et je m'étonne que M. le juge ne lui ait pas donné en « pensum » à conjuguer cinq cents fois la phrase qu'il dictait à son greffier : « Je me fais de la réclame, il se fait de la réclame, nous nous faisons de la réclame ».

céphalalgie, des nausées et bientôt des vomissements bilieux. Il dut s'aliter le jour même, et dès ce moment fut en proie à une rachialgie inférieure double des plus vives. Cette rachialgie spontanée, exaspérée par les mouvements, donnait la sensation d'une douleur de reins profonde; et comme pour avoir la preuve démonstrative de ce siège, le malade remarqua lui-même que son urine était rouge, brûlante et rare. A chaque instant survenait un impérieux besoin d'uriner que la miction ne parvenait pas à satisfaire. Aussi ne put-il fermer l'œil de toute la nuit qu'il passa dans une incessante agitation.

Ainsi, fatigue musculaire considérable, surmenage pour dire le mot; refroidissement profond, puis fièvre, céphalalgie, vomissements; enfin vives douleurs rénales, excrétion d'une urine rare et probablement sanglante : tel fut, en résumé, le début des accidents dont je vais maintenant vous raconter l'évolution.

Les jours suivants, les phénomènes douloureux présentèrent une acuité plus pénible; la dysurie devint extrême; la fièvre, la céphalalgie, l'insomnie et l'état gastrique s'accentuèrent; il s'y adjoignit même un léger obscurcissement de la vue. C'est dans ces conditions que le malade entra dans nos salles.

Mais tout d'abord, avant de vous dire par le menu les symptômes qui furent constatés à son entrée, je veux vous résumer ses antécédents. A 9 ans, il a eu la scarlatine avec anasarque consécutive (il se souvient d'une enflure généralisée). A 30 ans, il contracta une variole bénigne, et voilà tout son bilan pathologique ou plutôt celui qu'il accuse, car nous sommes en droit de porter à son actif un degré d'alcoolisme, sur l'existence duquel un tremblement très marqué de la langue et des mains ne laisse aucun doute. Malgré tout, il était fort, actif, mangeait solidement et dormait d'un sommeil souvent agité par des rêves professionnels, mais assez réparateur cependant pour lui permettre de faire sa rude besogne.

Le 17 août, à la visite du matin, M. Juhel-Rénoy examina notre homme, et je transcris dans tout son laconisme la note qu'il dicta : « Malade fébrile, 38,4, légèrement prostré; langue sèche, soif vive; ni céphalée, ni nausées; constipation très marquée. Dyspnée assez vive, sans signes physiques thoraciques ou cardiaques. Région lombaire très douloureuse des deux côtés; la douleur est spontanée, mais s'exagère beaucoup par la pression. Pas de troubles oculaires; absence d'œdème. Urine des vingt-quatre heures : 600 cc, de couleur jaune un peu foncé, renferme des flots d'albumine.

Malgré l'absence d'œdème, en présence de la netteté du début, de la précision de l'étiologie, de l'abondance de l'albumine, le diagnostic probable est *néphrite aiguë*. Traitement : 6 ventouses scarifiées sur la région lombaire; 2 verres d'eau de Sedlitz. Lait, bouillon. »

Le 18 août, je vis moi-même le malade, et je dois vous avouer, messieurs, que je donnai mon plein assentiment au diagnostic porté la veille par le chef de clinique. Seulement, j'attirai plus fortement l'attention des assistants sur trois faits insolites, à savoir : l'absence de tout œdème; la coloration jaune foncé de l'urine et sa parfaite transparence; enfin l'absence de cylindres et de globules rouges dans l'hypostase très léger que cette urine avait laissé déposer au fond du verre.

Les autres symptômes n'avaient subi aucun changement; si la température de la veille avait atteint le soir 39°,6, elle était retombée ce jour même à 38°,4, le pouls battait 80. Seulement, sous l'influence présumée des émissions sanguines locales, les douleurs lombaires avaient disparu, faisant place à une sensation d'endolorissement général. La quantité de l'urine s'était élevée à 1,250 grammes et la proportion d'albumine qu'elle contenait était encore si considérable que je l'évaluai « au jugé » à 12 ou 15 grammes par litre. Je notai enfin la présence de l'indican (le malade avait été purgé) et l'absence de l'urohématine.

Le traitement prescrit la veille fut continué.

Le 19, nous relevons la température de 37°,4 et 38°,5, avec le même état général; l'urine s'élève à 1,750; l'albumine, quoique tendant à diminuer, reste toujours très considérable. Comme la constipation persiste, je prescris deux pilules de calomel et scammonée (0 gr. 25 de chaque).

Le 20 au matin, le malade se trouve très bien; il a été purgé et ne se plaint plus que de l'absence du sommeil. La quantité de l'urine monte à 2,250; l'albumine a diminué très sensiblement. Mais en examinant le bocal où l'on recueillait l'urine des vingt-quatre heures, je fus frappé par un dépôt assez notable qui, examiné de suite au microscope, nous apparut exclusivement constitué par des globules blancs; c'était un véritable dépôt purulent.

Le lendemain fut un mauvais jour; le malade avait un état nauséeux des plus pénible, entrecoupé de vomissements

— Ce ne sont là que puérilités et paroles rogues qu'emporte le vent, mais souvent messieurs les juges vont plus loin et nous citent à « comparoir ». Chacun a présent à la mémoire la singulière poursuite dirigée contre un très honorable confrère pour « révélation du secret médical »! Voilà un bien gros mot lâché pour une petite chose, et, puisque l'occasion m'est offerte, je demande à dire mon avis. Devrait-il être permis, oui ou non, à un médecin, de révéler la maladie d'un sien client : 1o Lorsque cette révélation serait capable de faire tomber des soupçons injustes ou criminels? 2o Lorsque ladite révélation protégerait la santé d'autrui? Prenons deux exemples et chargeons le lecteur de conclure.

M. X... meurt sans enfants; sa famille accuse, à mots couverts, Mme X.., sa veuve (en faveur de laquelle le « *de cujus* » comme on dit au Palais, a testé), de l'avoir empoisonné. N'est-il pas de mon devoir de déclarer « *urbi et orbi* » que M. X.. est mort de péritonite par perforation, et de faire tomber la calomnie?

Autre exemple: M. X... a dans la gorge un « nid de plaques muqueuses », ses organes génitaux rivalisent de syphilides, et cependant M. X... veut « faire une fin » et épouser Mlle V... Je connais Mlle V...; elle est « chaste et pure » et mérite mieux que le blessé de Cythère susdit. — Ai-je le droit d'avertir la famille de la jeune fille que mon client, M. X..., est un être dangereux (malpropre, cela va sans dire), et qu'en conséquence il doit être « blackboulé »? Non, je n'ai pas ce droit, et M. X... pourra parfaitement me prier de passer chez M. son avoué, lui verser une somme rondelette à titre de dommages et intérêts, lui qui voulait si fortement « *endommager* » ma charmante cliente Mlle V... — Il est des gens qui trouvent cela absolument juste.

— Je me lamente sur la justice : de quel nom alors nommer la situation du vieux praticien, usé, cassé, fourbu par les rudesses de notre métier et qui voit les clients diminuer, tandis que les années augmentent?

Les lecteurs de la Gazette médicale ont pu lire le succès de la *Caisse des pensions de retraite* et les projets lancés à titre de ballon d'essai d'une *Caisse des assurances*. En effet, pour subvenir aux dépenses quotidiennes, le médecin de nos jours a recours à tous les expédients possibles; ce n'est qu'à grand'peine qu'il parvient à maintenir l'équilibre dans son budget. Vient-il à mourir, pour peu qu'il n'ait point été un trop fervent adepte du prudent

bilieux. Il accusait une violente céphalalgie, une insomnie absolue et des frissons erratiques. La dyspnée avait reparu, « sine materia »; le facies était prostré et comme cyanosé; mais les réponses brèves, un tremblement plus accentué de la langue et des mains, les yeux brillants, dénotaient une sorte d'excitation qui faisait contraste avec l'aspect de la physionomie. Par contre, le bocal renfermait 2,000 c. c. d'urine, et ce n'est qu'à grand renfort de réactifs qu'il nous fut possible d'y déceler des traces d'albumine.

Vous comprenez si mon embarras redoubla en constatant cette quasi-disparition de l'albuminurie. A ne s'en tenir qu'à la superficie des choses, c'est-à-dire à l'examen de l'urine, cela pouvait paraître favorable; mais l'état général de Louis R..., cette association insolite de stupeur et d'excitation, la fièvre à 39°,4, le pouls petit et trémulant, le tremblement général, tout cet ensemble imposait l'idée de je ne sais quoi d'infectieux, de toxique, qui ne fit qu'augmenter mes incertitudes.

Ce qu'il y avait encore de plus clair, c'est que l'hypothèse d'une néphrite aiguë ou, pour mieux dire, d'une maladie de Bright aiguë, devait être écartée définitivement, et quand je vis cette énorme albuminurie disparaître en trois jours, je n'hésitai plus à repousser ce diagnostic qui, au moment où il paraissait vraisemblable, comportait cependant de si fortes réserves, qu'il n'avait été adopté qu'avec un gros point d'interrogation.

Pourtant, autour de moi, beaucoup prononçaient le mot d'*urémie*. A dire vrai, cette idée avait pour elle des apparences singulièrement spécieuses, et, certes, cette dyspnée continue et sans cause, cet état d'excitation cérébrale croissante, expliquaient suffisamment qu'on eût songé à soulever une telle hypothèse. Mais quand ceux qui la soutenaient examinèrent le malade de plus près et constatèrent une température de 39°,4, une quantité d'urine s'élevant à deux litres et ne renfermant que des traces indosables d'albumine, ils repoussèrent bien vite l'interprétation qu'ils avaient donnée de l'état général de notre malade.

Alors nous nous demandâmes si nous n'étions pas en présence d'une *fièvre typhoïde;* et, de fait, la courbe thermique, si irrégulière qu'elle fût, et l'état général ne laissaient pas place à un autre diagnostic.

Aussi le lendemain 29 août, je crus un instant avoir mis définitivement la main sur la vérité, car Léon R... nous offrait le tableau à peu près complet de la dothiénentérie. Etendu sur le dos, les paupières mi-closes, il ne sortait qu'avec peine de son abattement et de sa stupeur pour répondre lentement et d'une manière indécise aux questions qu'on lui posait; le visage était hébété, la langue sèche et tremblante. Il y avait eu pendant la nuit et la matinée un peu de subdélirium. La fièvre était peu vive, la température peu élevée, mais le pouls battait 120, le ventre était sensiblement météorisé, douloureux à la pression, principalement dans la fosse iliaque droite où l'on percevait un gargouillement manifeste, et pour compléter cet ensemble symptomatique, la percussion de la région splénique dénotait pour la première fois une matité notable qu'au premier abord je crus pouvoir rapporter à la rate.

Mais, fait insolite, la percussion de la région splénique était assez douloureuse et la figure du malade se contractait d'une manière significative, alors qu'une pression même légère était exercée sur l'hypochondre gauche; en outre, la matité n'occupait pas exactement la place habituelle de la rate; elle paraissait un peu plus antérieure. Et puis que d'autres anomalies! la persistance de la constipation, la dyspnée avec une poitrine et un cœur muets à l'auscultation, l'absence de taches rosées dont la recherche était rendue très difficile par l'extraordinaire développement pileux de notre malade, tout cela venait si bien contrebalancer les signes positifs que l'idée si séduisante d'une fièvre typhoïde ne pouvait raisonnablement passer de l'état de soupçon à celui de fait.

Ce qui confirmait encore mes doutes, c'était l'état des urines, qui ne présentait aucune relation, si éloignée qu'elle fût, avec les syndromes urologiques très précis que j'ai attribués à la dothiénentérie : elles étaient, en effet, très abondantes (2 litres), peu colorées, avec des traces faibles d'albumine, un peu d'urohématine, et une augmentation légère du dépôt de globules blancs auquel j'ai déjà fait allusion.

Notre conclusion fut que, s'il était légitime de penser à la fièvre typhoïde, il était d'autre part impossible d'affirmer son existence, tant il manquait d'éléments pour constituer le diagnostic et tant la douleur de l'hypochondre gauche et l'état des urines concordaient peu avec cette manière de voir. Comme le lait n'était pas toléré, nous ordonnâmes des bouillons, deux verres d'eau de Sedlitz, à cause de la constipation, et 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

Malthus, voilà les siens précipités de l'opulence dans la médiocrité, quand ce n'est pas dans la gêne. Quelques-uns d'entre eux, réservés en leurs écarts, contractent quelque prime d'assurance qui donnera après eux le vivre et le couvert aux héritiers; mais est-il toujours possible de faire face aux lourdes échéances des primes, et si le confrère ne le fait pas, le voilà déchu de ses droits, l'avenir compromis à nouveau! C'est, guidé par ces sages pensées, que quelques médecins ont eu dernièrement l'idée fort louable d'établir une *Caisse des assurances*. Nul doute que si l'entente s'établit, le projet ne réussisse, car il ne soulève aucune objection fondamentale; il donnerait ainsi aux confrères voués à la vie large, mais précaire, l'espérance que l'œuvre édifiée par eux ne s'écroulera pas à leur mort ou à l'occasion d'une maladie à laquelle nous sommes, comme le commun des mortels, trop exposés! Souhaitons donc pleine réussite à l'œuvre projetée, aidons-la de notre bourse et de notre parole, pratiquons, en un mot, un peu de cette fraternité qui s'étale si ironiquement au fronton de tant de choses, soyons enfin des « confrères » de fait et non pas seulement de nom.

— Puisque je parle de « confrères », n'est-il pas vrai que le « distingué confrère », que le « très honorable confrère », sont des expressions comparables en valeur au « cher maître » des avoués, au « consciencieux artiste » de MM. les comédiens. Molière, ce maître comédien, qui nous connaissait bien, l'a dit quelques années avant moi, mais la justesse de l'observation vaut bien qu'on s'y arrête. Le « distingué confrère » devient vite sur les lèvres de l'honorable confrère un « charlatan », un « original », quand ce n'est pas pis encore.

Quand donc « l'honoré confrère » ira-t-il rejoindre le « citoyen » de l'an II?

Commençons par être « distingués » et nous serons « honorés » sans nous le dire, ce qui vaudra infiniment mieux.

DUPLEX.

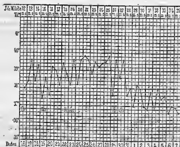
CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision du 22 avril 1885, M. Raoult (Alexandre-Edouard), médecin de première classe, a été désigné pour l'emploi de directeur du servic de santé du 12e corps d'armée.

Le lendemain, 24 août, le subdélirium avait disparu et le malade accusait du mieux, quoique son état général, l'aspect typhique et le caractère de l'urine fussent sensiblement les mêmes que la veille; mais il était survenu un symptôme local, sur lequel j'appelle toute votre attention, parce que son importance est capitale pour l'histoire clinique de notre cas. En effet, tandis que la veille il n'existait dans la région splénique que de la matité et de la douleur, ce jour-là on constatait à la main et à la vue une *tuméfaction* très appréciable, située dans le flanc gauche, immédiatement au-dessous de l'hypochondre, et empiétant quelque peu sur les limites de la région ombilicale. En se plaçant au pied du lit, directement en face du malade, on voyait nettement que le côté gauche du ventre bombait en avant, tandis que la palpation donnait l'impression d'une résistance vague et très douloureuse. Cette douleur, d'ailleurs, rendait impossible toute exploration prolongée.

Une percussion méthodique nous ayant alors montré que cette tuméfaction était indépendante de la rate, immédiatement surgit l'idée d'une *périnéphrite*. Or, non seulement il n'existait dans la région lombaire correspondante aucune tuméfaction, mais encore la pression et la percussion la plus énergique n'y réveillaient pas la moindre sensation douloureuse.

C'est alors, messieurs, que fut définitivement écartée l'hypothèse de fièvre typhoïde, quoique l'état général reproduisît absolument l'apparence d'une dothiénentérie. Rapprochant ces deux phénomènes : tuméfaction limitée, globuleuse, douloureuse, ne dépendant ni de la rate, ni du tissu périnéphrétique d'une part, et dépôt de pus permanent dans l'urine d'autre part, je conclus que cette tuméfaction devait occuper le rein et le bassinet, et que nous étions par conséquent en présence d'une *pyélo-néphrite suppurée*. Dans quelques instants, quand nous en aurons fini avec les diverses péripéties de la maladie, je vous dirai les motifs de ce diagnostic.

Du 23 au 25 août, l'état général ne varia pas sensiblement; il y eut des alternatives de mieux être et d'aggravation sensibles surtout pour le patient, dont nous continuâmes à soutenir les forces par l'alcool et les bouillons et à combattre la fièvre par le sulfate de quinine. L'urine était toujours abondante (1,500 à 2,000 c. c.), l'albuminurie à peine appréciable, tandis que le dépôt allait toujours croissant; dans ce dépôt, qui fut examiné chaque jour au microscope, l'on ne trouva jamais de cylindres ni d'hématies, mais seulement des globules de pus. La fièvre était continue, et sur le tracé graphique que je mets sous vos yeux, vous pouvez voir que la courbe thermique monta graduellement jusqu'aux alentours de 40, avec des rémissions matinales très irrégulières.



Le 26, le sédiment purulent de l'urine atteignit des proportions considérables, et, dans le bocal qui contenait 1,500 c. c. de celle-ci, le pus occupait un cinquième de la hauteur.

Les jours suivants furent marqués par une telle aggravation que le 28 l'état de Léon R... inspirait les plus légitimes inquiétudes. Il avait des vomissements incessants, de la diarrhée, une dyspnée toujours inexplicable par l'auscultation cardiaque ou pulmonaire, enfin une insomnie absolue. D'autre part, la douleur sous-hypochondriaque qui semblait avoir diminué avec le rejet par l'urine d'une si grande quantité de pus, cette douleur, dis-je, s'était réveillée intense et s'irradiait dans tout le flanc gauche, en suivant assez exactement le trajet de l'uretère. Toute cette région paraissait plus chaude à la main et la voussure déjà signalée apparaissait très manifeste.

Et cependant dès le 1er septembre, c'est-à-dire quatre jours après, la maladie paraissait terminée; le sujet éprouvait un grand bien-être et une vive sensation de faim, son visage était rasséréné; la tuméfaction splénique, la douleur, la fièvre, tout avait disparu. Seule, l'urine restait encore un peu louche avec un très faible dépôt purulent, mais sans albumine.

Quatre jours après, sans symptômes nouveaux, alors que le malade mange deux portions et demande à descendre au jardin, le pus reparaît assez abondamment dans l'urine.

Les six jours qui suivent sont excellents ; Léon R... mange bien et se promène une partie de la journée.

Mais le 11 il nous arrête de nouveau à son lit : la région sous-hypochondriaque est encore douloureuse à la pression profonde et une palpation minutieuse laisse percevoir comme le reliquat de cette tumeur que nous avions vue se former et se vider devant nous. L'urine, toujours abondante, laisse déposer un sédiment purulent plus considérable et l'albumine a reparu en faible proportion. Malgré tout, comme le malade s'alimente bien, son état général reste excellent, et il est vraiment difficile de retrouver dans cet homme de si fraîche et de si bonne apparence le triste patient du mois précédent, miné par la fièvre et tellement prostré qu'il semblait condamné à une mort prochaine.

Toutefois, voici que le 13 la fièvre revient; elle dure deux jours, s'accompagne de nausées, d'un inexprimable malaise, d'une élimination plus abondante de pus par l'urine, puis disparaît. Tout rentre dans l'ordre, et nous nous disposions à signer la feuille de sortie quand le 26 survient un nouvel accès fébrile.

Aujourd'hui, Léon R... est gai, il mange de meilleur appétit; sa mine est celle d'un homme en parfaite santé; il demande à sortir et à reprendre son travail. Or, messieurs, vous me voyez résister à ses instances et lui recommander la plus extrême prudence, si bien que plusieurs d'entre vous m'ont taxé de quelque exagération. Je crains bien pourtant que l'avenir ne me donne raison et que, pendant bien longtemps encore, notre malade ne soit sous le coup de ces retours fébriles dont il a présenté déjà deux accès depuis son apparente guérison.

(A suivre.)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES CAS DE FRACTURES SPONTANÉES OBSERVÉES A L'HÔTEL-DIEU, dans le service de M. le professeur RICHET, par L. PICQUÉ.

On peut, avec Borel (Th. inaug., 1879), diviser pour l'étude les fractures spontanées en fractures de cause médicale et en fractures produites sous l'influence de lésions chirurgicales.

Dans les premières, on doit ranger celles produites par des affections constitutionnelles, en particulier la syphilis et le cancer en tant que diathèses, et celles qui se produisent sous l'influence de l'ataxie locomotrice, si bien étudiées dans ces dernières années par Talamon dans un travail remarquable publié par la REVUE DE CHIRURGIE.

La deuxième catégorie de fractures, ou fractures de cause chirurgicale, comprend celles qui surviennent au cours d'une affection inflammatoire des os ou au niveau d'une lésion organique de l'os (tumeurs des os).

Ayant eu la bonne fortune, pendant le premier semestre de l'année scolaire, d'observer dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Richet, 5 cas de fractures spontanées, nous avons pensé qu'il serait intéressant de les publier en les faisant suivre de quelques réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Ces fractures se répartissent de la façon suivante : cancer secondaire, 1 cas ; syphilis, 1 cas ; ostéomyélite, 3 cas ; elles comprennent donc un certain nombre des causes mentionnées dans la classification précitée.

Il est certain que, depuis les travaux de M. Charcot et de W. Mitchell, l'ataxie doit être considérée comme la cause la plus fréquente des fractures spontanées. C'est surtout le professeur Charcot qui, à propos de la célèbre observation de la femme Cottret (Soc. AN., 1873), a établi d'une façon indiscutable la relation entre l'ataxie et les fractures spontanées, et démontré de même que bien des fractures, attribuées jusqu'alors à des causes banales, relevaient en réalité de cette affection.

M. Richet, peu de temps après, donnait le premier une consécration anatomique à cette opinion. L'observation qui lui fournit le moyen de résoudre le problème est bien connue (Voir ECOLE DE MÉDECINE, 1874, et Soc. ANAT., 1874). Il s'agissait d'un homme de 38 ans qui s'était fracturé le fémur à la partie moyenne en voulant défaire sa bottine du pied droit, sa jambe droite posée sur la cuisse gauche. Il n'existait aucune tumeur au niveau du foyer de la fracture; cet homme n'était ni syphilitique, ni alcoolique, mais il présentait des signes non équivoques d'ataxie dont le diagnostic, porté par notre maître, fut confirmé par Duchenne (de Boulogne). Cet homme succomba au vingt-neuvième jour. L'autopsie fournit d'abord la preuve de l'ataxie, mais de plus elle permit de constater que la lésion osseuse qui avait amené la fracture résidait dans une ostéite raréfiante qui fut retrouvée ultérieurement du reste dans l'autopsie de Voisin (Soc. ANAT., 1876), et les quatre suivantes de Raymond, dont deux publiées dans la thèse de Blum et les deux autres communiquées à la Société anatomique en 1876.

Si nous avons insisté sur les fractures propres à l'ataxie, c'est qu'en réalité la question des fractures spontanées s'est bien simplifiée au point de vue de l'étiologie depuis la connaissance de ces travaux importants.

Jusqu'alors on invoquait des diathèses et des lésions locales. Les premières jouaient un grand rôle dans l'étiologie; on invoquait le cancer, le scorbut, la syphilis, voire même la goutte, l'alcoolisme et le rhumatisme, et l'on supposait que ces différentes diathèses avaient, en l'absence de toute manifestation locale, le pouvoir de diminuer la résistance de l'os et de l'exposer aux fractures.

Certes nous ne voulons dénier ce pouvoir à quelques-unes d'entre elles, mais il nous semble nécessaire de réviser les faits avant de les accepter définitivement ; il faut, en effet, se rappeler que la plupart des observations publiées sont anciennes et qu'elles ont été recueillies à une époque bien antérieure aux travaux de Charcot. Ce qui tendrait à prouver du reste que plusieurs d'entre elles sont erronées, c'est qu'aujourd'hui personne ne songe à enregistrer ces prétendues fractures diathésiques; elles semblent devenir rares depuis qu'on connaît mieux les lésions osseuses de l'ataxie.

Nous n'en connaissons pas, pour notre part, d'exemple récent ; actuellement l'ataxie paraît avoir englobé la plupart des cas de fractures spontanées de cause médicale.

Syphilis. — Parmi les maladies constitutionnelles susceptibles d'amener une fracture spontanée, nous n'étudierons que la syphilis, à propos du seul cas de ce genre que nous ayons observé.

Voici d'abord le fait :

Fractures multiples chez une syphilitique. — La nommée F... (Eugénie), 57 ans, culottière, entre le 26 janvier 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame n° 9, dans le service de M. le professeur Richet.

Elle raconte qu'elle est tombée la veille dans sa chambre, de sa hauteur, et qu'elle n'a pu se relever. On trouve à l'entrée de la malade, à l'hôpital, tous les signes d'une fracture extra-capsulaire du col : rotation du membre en dehors, raccourcissement de 4 centimètres, tuméfaction et douleur au niveau du trochanter; impossibilité de détacher le talon du lit.

En examinant son squelette, on trouve du même côté le cal d'une ancienne fracture du tibia, remontant à deux ans et survenue à la suite d'une chute que la malade fit également de sa hauteur. Au niveau du tiers externe de la clavicule gauche existe une pseudarthrose indolente au sujet de laquelle la malade nous donne les détails suivants : avant l'accident, elle n'avait remarqué aucune tumeur appréciable et la région n'était le siège d'aucune douleur. En s'asseyant un jour avec les mains sur le bord de son lit, elle sentit un craquement qui donna lieu dans les jours qui suivirent à une douleur peu intense et sans troubles fonctionnels. La malade consulta un rebouteur, qui crut à un rhumatisme. Elle ne porta jamais d'appareil; les douleurs finirent par disparaître complètement.

Enfin, au niveau du frontal, près de la suture fronto-pariétale et à droite sur sa partie moyenne, existe une ulcération arrondie dont le début remonte à environ deux ans et qui aurait succédé, d'après la malade, à une petite tumeur peu douloureuse qu'elle portait depuis plusieurs mois.

Cette ulcération met à découvert la surface d'un séquestre poreux, noirâtre, adhérent, et donne lieu à une suppuration peu abondante.

La santé générale est excellente. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur les antécédents syphilitiques de cette malade. Elle ne présente enfin aucun signe d'ataxie.

L'existence d'une vraie ostéomalacie syphilitique n'a été admise que d'après les trois faits de Venot (de Bordeaux), publiés dans la GAZETTE MÉDICALE, 1847. Or, l'interprétation qu'en fournit l'auteur a été rejetée par le professeur Fournier

et M. Lancereaux. Ces auteurs, d'accord en cela avec la plupart des anciens classiques, admettent que la fracture est plutôt l'effet d'une altération locale que d'une modification générale du système osseux.

Des trois malades de Venot, deux ont guéri par le traitement spécifique et l'auteur invoque la diathèse parce qu'il n'existait aucune tumeur au foyer de la fracture. Peut-on raisonnablement déduire de l'absence de tumeur appréciable à la non existence de gommes? Du moment que le critérium anatomique manque, on ne peut attacher aucune valeur à ces observations.

La troisième a trait à une femme de 27 ans qui se cassa le fémur à la suite d'une pression très légère exercée sur sa cuisse.

Il est dit que la malade, absorbée par la crainte de voir ses autres os se briser, tomba dans un état de stupeur qui augmenta la fièvre; il survint de plus de la diarrhée, de la toux, des sueurs nocturnes qui amenèrent rapidement la mort. L'autopsie démontra une grande friabilité de tous les os.

Que peut prouver ce fait resté unique? Peu de chose, à notre avis. Ne s'agissait-il pas d'une simple coïncidence? Les troubles généraux attribués par l'auteur au chagrin de la malade ne doivent-ils pas plutôt être mis sur le compte de l'ostéomalacie, cette maladie peu fréquente et encore mal déterminée, à moins qu'on ne la considère, avec Stacesky, comme toujours secondaire? Les détails cliniques sont du reste trop concis pour qu'on puisse rien en conclure, et j'en dirais de même de l'autopsie qui, par sa concision, ne nous apprend absolument rien.

Gangolphe (de Lyon), dans le travail qu'il vient de lire au Congrès de chirurgie, a étudié avec soin l'ostéomyélite gommeuse; elle est, selon lui, caractérisée surtout par des porosités, des vermoulures, des trous et des tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire et font communiquer les espaces sous-périostiques avec le canal médullaire ordinairement dilaté.

Ces lésions peuvent donc exister sans tumeur appréciable, et l'on ne saurait conclure de l'absence de tumeur à l'absence de gomme. L'auteur pense du reste que la fragilité de l'os tient aux manifestations locales de la syphilis tertiaire, et il n'hésite pas à déclarer, en s'appuyant sur de très nombreux cas, qu'aucun fait anatomo-pathologique n'établit l'existence d'une fracture par raréfaction simple sans lésions localisées.

On doit, ce nous semble, conclure dans ce sens, et nous ajouterons qu'il n'existe aucun fait clinique capable d'infirmer ces propositions.

C'est donc dans cet esprit qu'il faut juger les faits cliniques qui se présentent à l'observation. C'est ainsi que nous jugerons celui que nous venons de publier.

Chez notre malade, nous n'avons pu reconstituer l'histoire de sa syphilis, mais l'existence d'une fracture spontanée sur la clavicule, lieu d'élection de la syphilis, la pseudarthrose qui lui a succédé, la carie frontale presque toujours de nature syphilitique, les fractures multiples, l'absence de tout symptôme ataxique, nous font incriminer, à bon droit, je pense, la syphilis.

Doit-on invoquer ici la diathèse plutôt que l'ostéomyélite gommeuse? Nullement, et, bien que la malade n'ait pas accusé l'existence de tuméfactions antérieures dans les foyers de fracture, nous n'avons aucune raison de penser qu'il n'a pas existé cette variété d'ostéomyélite gommeuse décrite récemment par Gangolphe.

En conséquence, les faits analogues ne doivent plus être rangés dans les fractures de cause diathésique, mais doivent trouver place dans notre deuxième catégorie de fractures par lésions inflammatoires ou organiques.

Fractures de cause locale. — Ces fractures sont bien connues et admises par tous les chirurgiens; on comprend aisément que les affections locales des os, inflammatoires ou organiques, diminuent la résistance des os et les exposent aux fractures.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Une sangsue dans le cul de sac conjonctival supérieur, par le docteur Charles Amat.

Tout médecin qui exerce en Algérie, celui surtout qui habite près des ruisseaux, des mares, des étangs, a l'occasion de se trouver aux prises avec les accidents qu'entraîne le passage des sangsues dans les voies naturelles. Ces annélides, parfois très nombreux, exigent une filtration sévère de l'eau à employer : les naseaux des chevaux, rouges de sang, sont là pour avertir constamment du danger.

Rencontrés jusqu'à cette heure dans la plupart des orifices tels que pharynx, larynx, rectum, vagin, uréthre, il n'est pas signalé qu'on ait eu à en extraire des culs de sac conjonctivaux et à ce titre la présente note peut offrir quelque intérêt de curiosité.

Il y a quatre ans, lors des événements oranais, une colonne campait en observation à Chellala, sud-ouest de la province d'Alger, où l'eau de boisson, de composition chimique irréprochable, avait le grave inconvénient de renfermer une infinité de sangsues. Recueillies après filtration sur un linge fin, leurs dimensions étaient comparables à celles des oxyures, aussi doit-on admettre qu'elles pussent passer inaperçues. Des recommandations spéciales étaient fréquemment faites à ce sujet lorsque, le 21 août 1881, un zouave se présente à la visite : il parle de la sensation qu'il éprouve depuis cinq à six jours d'un *corps étranger sous la paupière supérieure gauche.* A l'aspect extérieur, rien n'apparaît d'anormal, il existe à peine un léger effacement de la gouttière orbito-palpébrale et cependant la paupière n'est pas plutôt relevée que l'on trouve *une sangsue!* dans le cul de sac fixée à la conjonctive bulbaire, suffisament développée pour présenter dans un verre, où ultérieurement elle nage, 25 à 30 millimètres de longueur sur un et demi de diamètre environ.

Il suffit d'ajouter qu'une traction modérée permit d'enlever l'animal. Ses faibles dimensions expliquent le manque d'accidents oculaires et visuels qui seraient assurément survenus si l'on avait méconnu plus longtemps la nature de l'affection.

Cette sangsue, se développant à l'aise depuis plusieurs jours sous la paupière supérieure, provenait de l'eau non filtrée que le militaire employait à sa toilette.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. DES INHALATIONS DE SANG DÉFIBRINÉ, par le docteur FUBINI, de Palerme (1). — II. L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE SANG, par le professeur ZIEMSSEN, de Munich (2). — III. RICHESSE DU SANG HUMAIN EN HÉMOGLOBINE DANS LA CHLOROSE, L'ANÉMIE, ET A LA SUITE DE L'APPORT D'HÉMOGLOBINE ET DE SANG (PAR LES VOIES STOMACALE ET SOUS-CUTANÉE), par le docteur BENCZÛR (3). — IV. SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS PAR L'ARSENIC, par le docteur LESSER, de Leipzig(4). — V. SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA COCAÏNE, par le professeur BERTHOLD, de Kœnigsberg (5).

I. M. FUBINI rappelle que, dans ses *Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie*, Cl. Bernard a émis l'idée de faire servir la trachée comme voie d'introduction des substances médicamenteuses. Jusqu'ici les cliniciens avaient négligé de mettre cette idée à profit. Et cependant, fait remarquer M. Fubini, grande est la tolérance des organes de la respiration pour les liquides étrangers mis en contact avec ces organes, rapide l'absorption de ces mêmes liquides dans les voies respiratoires. Partant de là, M. Fubini a tenté, avec succès, de faire des inhalations de sang défibriné chez des personnes bien portantes et chez des malades. Il a employé un mélange comprenant 20 parties de sang de bœuf défibriné et 80 parties d'une solution aqueuse de chlorure de sodium (à 0,75 %). Dans ce mélange, les globules rouges se conservent très bien pendant un certain temps, au dire du médecin italien. Pour les inhalations, Fubini s'est servi d'un pulvérisateur ordinaire, pourvu d'un double ballon en caoutchouc. La quantité de liquide pulvérisé à chaque séance d'inhalation était de 100 grammes. Ni la fréquence du pouls, ni le rythme des mouvements respiratoires, ni la température corporelle n'étaient influencés d'une façon sensible, un quart d'heure après une inhalation; il n'en résultait aucun phénomène d'irritation pulmonaire, et par l'auscultation on pouvait se convaincre que le liquide pulvérisé dans les voies respiratoires était absorbé.

Or les observations faites par M. Fubini sur des malades atteints d'une oligémie, souvent grave, prouvent que ces inhalations de sang défibriné exercent une influence salutaire sur l'état général des malades et sur la composition du sang; l'augmentation du nombre des globules rouges et leur richesse plus grande en hémoglobine ont été constatées à l'aide des appareils de Malassez, de Moleschott et de Bizzozero (chromocytomètre).

II. En publiant le travail que nous analysons, ZIEMSSEN a voulu fournir la preuve qu'on peut faire pénétrer par la voie hypodermique une certaine quantité de sang dans le torrent circulatoire d'un malade, et obtenir de la sorte une augmentation durable de la richesse des globules rouges en hémoglobine et une augmentation du nombre des hématies, sans avoir à craindre les inconvénients qu'on impute à la transfusion. Cela ne s'applique qu'aux injections sous-cutanées de *sang humain*. Ziemssen a pu se convaincre que, quand on emploie le sang d'un animal, on voit se produire les mêmes accidents (fièvre, hémoglobinurie, urticaire, souvent aussi inflammation et suppuration locales) qu'occasionne la transfusion intra-veineuse de sang d'une espèce différente, et cela sans profit aucun pour le malade sur lequel on fait l'expérience. Les choses se passent tout autrement, au dire de Ziemssen, quand on opère avec du sang humain. Voici d'ailleurs le *modus faciendi* adopté par lui :

Avec une seringue en verre, spécialement construite à cet usage et dont la canule est d'assez gros calibre, Ziemssen injecte, en une séance, 25 centimètres cubes (capacité de la seringue) de sang humain défibriné, sous la peau de chaque cuisse, en tout 50 centimètres cubes. Sitôt que l'injection commence, un aide pratique le massage de la tumeur sanguine, en se servant à cet effet des extrémités des doigts juxtaposées et enduites de vaseline. Le sang est refoulé dans la direction centripète. Le massage avec les doigts dure cinq minutes environ; on le continue avec la main. De la perfection plus ou moins grande avec laquelle il est opéré, dépend en grande partie le succès de l'injection, c'est-à-dire la pénétration plus ou moins complète du liquide injecté dans les voies lymphatiques. Chez des phtisiques auxquels on avait fait une injection sous-cutanée de sang de un à trois jours avant la mort, Ziemssen a constaté, à plusieurs reprises, qu'il n'y avait point d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané, au siège de l'injection. Ziemssen insiste également sur la nécessité d'une désinfection rigoureuse des mains de l'opérateur, du bras du sujet qui fournit le sang, des cuisses du transfusé, des instruments et ustensiles utilisés pour l'injection; il recommande d'employer une solution d'acide phénique à 5 % ou une solution de sublimé à 1 pour 1,000.

Quant aux résultats, après l'injection, la richesse du sang en hémoglobine augmente; elle atteint son maximum au bout de vingt-quatre heures, pour diminuer de nouveau pendant le second et le troisième jour. Chez les anémiques, cette diminution n'égale pas l'augmentation préalable, c'est-à-dire que le chiffre de l'hémoglobine reste au-dessus du niveau primitif. Ces mêmes alternatives d'augmentation et de diminution de la richesse du sang en hémoglobine se renouvellent après chaque injection, et, chez les anémiques, on peut facilement porter la proportion d'hémoglobine au double de sa valeur. Deux observations concises, insérées dans le mémoire de Ziemssen, en témoignent.

Le nombre des injections sous-cutanées de sang, pratiquées chez un même malade, a été habituellement de 1 ou 2 par semaine, quelquefois de 4 et 5 dans le même espace de temps. La quantité totale de sang, injectée dans un cas d'anémie grave, chez une petite fille de 8 ans, équivalait à la 1/380e partie du poids corporel, quantité relativement considérable. L'enfant a complètement guéri. A part une douleur très supportable, notée chez quelques phthisiques, et qui persistait pendant un ou deux jours, les injections n'ont jamais occasionné de réaction locale.

III. Les recherches de M. BENCZÛR se rattachent étroitement à celles du professeur Ziemssen, sous la direction de qui elles ont été faites.

Partant de ce point que le fer administré *per os* augmente la richesse du sang en hémoglobine, l'auteur s'est proposé de

(1) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1885, no 9.

(2) DEUTSCHES ARCHIV FÜR KLINISCHE MEDICIN, t. XXXVI, fasc. 3 et 4, p. 269, 1885.

(3) Ibidem, fasc. 5 et 6, p. 365, 1885.

(4) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, 1885, no 7, p. 97.

(5) Ibidem, no 9, p. 146.

rechercher si ce résultat est dû à une influence directe du métal sur l'hématopoièse, ou à la stimulation des fonctions digestives et de résorption, conséquence de l'hyperémie que l'action caustique des ferrugineux développe à la surface de la muqueuse gastro-intestinale. Pour trancher cette question, M. Benczür a fait prendre à des anémiques et à des chlorotiques de la poudre de sang, sous forme de pastilles, dont la croûte est formée par du chocolat. L'hémoglobine contient du fer sous une forme qui se prête bien à l'absorption, sans qu'il en résulte la moindre irritation du tube digestif. Les observations publiées par l'auteur semblent prouver que l'usage de ces pastilles d'hémoglobine augmente la richesse du sang en matière colorante chez les anémiques. La quantité d'hémoglobine ingérée de la sorte par les malades ne dépassait pas 1,8 dans les vingt-quatre heures. La quantité de fer y contenu était donc de 0 gr. 008, ce qui a entraîné l'auteur à dire quelques mots de l'influence des doses sur l'absorption et l'assimilation des ferrugineux.

M. Benczür a étudié ensuite l'action des injections sous-cutanées d'hémoglobine pure sur la richesse du sang en hémoglobine, chez les anémiques. Pour ces recherches, il a été obligé d'employer de l'hémoglobine tirée du sang de cheval, vu l'impossibilité de se procurer des quantités suffisantes d'hémoglobine extraite du sang humain. Les cristaux d'hémoglobine pure étaient dissous dans de l'eau distillée à la température de 34o; la solution était filtrée avant de servir. Des expériences préalables faites sur des chiens avaient démontré que l'hémoglobine injectée sous la peau est facilement résorbée, que la majeure partie est retenue dans l'organisme, que le reste s'élimine par les reins sans occasionner d'hémoglobinurie quand les doses injectées sont faibles, sinon il survient de la fièvre accompagnée d'albuminurie. Ces expériences, reprises sur des anémiques, se sont heurtées à des difficultés majeures, la réaction locale (douleur, inflammation) violente provoquée par l'injection.

Enfin M. Benczür a répété les expériences de M. Ziemssen relatives aux injections sous-cutanées de sang défibriné chez l'homme (sang humain, sang emprunté à un animal), et, naturellement, il est arrivé aux mêmes résultats que son maître.

IV. — Dans la plupart des traités récents de maladies cutanées, fait remarquer Lesser, l'administration interne de l'arsenic est représentée comme absolument inefficace contre le lupus. Des faits publiés par Lesser infirment cette assertion. Lesser a expérimenté la médication arsénicale dans cinq cas de lupus. L'arsenic était administré sous forme de pilules ou en injections sous-cutanées; la dose quotidienne était de 0,015 à 0,030 centigrammes d'acide arsénieux en pilules, ou de 0,17 à 2 grammes de solution de Fowler en injections sous-cutanées. C'est-à-dire que le médicament était administré à doses très élevées.

Dans un cas, le résultat thérapeutique a été nul. Dans les quatre autres, l'administration interne de l'arsenic (employé à l'exclusion de toute médication topique) a produit, au bout de deux mois environ, un aplatissement des nodosités; dans deux cas, ce résultat s'est traduit par une résorption presque complète des foyers d'infiltration. Il convient d'ajouter que, dans un de ces cas, le mal fit de nouveaux progrès, après qu'on eût suspendu pendant quelque temps le traitement arsénical. Dans un autre cas, le traitement fût poursuivi sans qu'il en résultât une amélioration ultérieure. Chez un autre malade, l'amélioration allait en s'accentuant de plus en plus. mais il fallut interrompre le traitement, qui n'était plus toléré.

Il ne semble pas que les injections sous-cutanées aient eu une efficacité plus grande que l'administration de l'arsénic sous la forme pilulaire.

V. — Les recherches de M. Berthold ont fourni la preuve que la cocaïne, à l'instar de l'atropine, paralyse les filets oculaires du grand sympathique; or, on savait déjà que quand la pupille humaine est au maximum de dilatation que peut produire l'atropine, une instillation de cocaïne augmente le degré de cette dilatation.

L'analogie d'action des deux alcaloïdes ressort de cet autre fait expérimental, c'est que l'injection de 0,04 à 0,05 de chlorhydrate de cocaïne dans la veine jugulaire d'un animal produit un abaissement énorme de la pression intra-vasculaire, dû vraisemblablement à une paralysie du centre vaso-moteur, sans la moindre élévation préalable de la pression sanguine. Enfin, quand on a provoqué le rétrécissement de la pupille au moyen de l'excitation du trijumeau, une injection de cocaïne, poussée dans la chambre antérieure, fait cesser le rétrécissement pupillaire.

E. Ricklin.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Bactériologie médicale.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

III — De l'influence des divers agents sur les bacilles de la fièvre typhoïde de Eberth et Koch, par E. Bagénoff (Yégénéd. Klin. Gazeta, 1885, Nos 5 et 6).

Sur six cas de typhus abdominal suivis de mort, l'auteur constata, dans quatre, la présence, dans les cadavres, des bacilles que Eberth et Koch, et avec eux, Meyer, Friedlaender et Gafky, considèrent comme le microbe spécifique de la fièvre typhoïde. Ces bacilles furent cultivés avec succès par l'auteur (d'après le procédé de Gafky), sur la gélatine, l'agar-agar et les tranches de pommes de terre stérilisées, ainsi que dans quelques milieux liquides, tels que le bouillon de veau, le suc de carotte et de navet, l'infusion de feuilles de tabac. L'urine est peu favorable au développement de ces bacilles.

Pour l'ensemencement des milieux de culture, l'auteur employait de petites particules de la substance de la rate, des glandes mésentériques, du foie, du cerveau et des reins. Le foie, le cerveau et les reins ne donnaient jamais de cultures, tandis que dans la rate et les glandes mésentériques, il y avait toujours des bacilles de Eberth et Koch très bien visibles à l'examen microscopique des tissus de ces organes et facilement cultivables.

Environ vingt-quatre heures après l'ensemencement, la gélatine se trouble, devient d'un blanc jaunâtre le long de la strie d'inoculation, mais ne se liquéfie pas. On prend alors une petite particule de cette première culture et on la transporte dans un tube de réaction qui contient aussi de la gélatine. Le jour suivant, on remarque dans la direction de la piqûre d'inoculation, une striation d'aspect blanc jaunâtre qui s'accroît, s'allonge pendant huit à neuf jours. Au deuxième

où troisième jour apparaît à la surface de la gélatine un nuage blanc bleuâtre qui s'étend progressivement en atteignant quelquefois les parois du tube à réaction. La gélatine ne se liquéfie jamais. Tout cela se rapporte à la gélatine *alcaline* ou *faiblement alcaline*. Dans la gélatine *acide*, le développement des cultures s'arrête au troisième jour, et les microbes ne se multiplient que dans la direction de la piqûre d'inoculation et presque pas sur la surface de la gélatine. Sous le microscope, les cultures se présentent comme composées de petits bâtonnets à bords arrondis, trois à cinq fois plus longs que larges et animés d'un mouvement propre assez rapide. Colorés avec du violet de méthyle ou de gentiane, ces microbes paraissent plus grands et plus longs que sous l'influence de la fuschine ou du bleu de méthylène. En général, les bacilles de la fièvre typhoïde se colorent moins bien par les matières colorantes de l'aniline que ne le font, par exemple, les bactéridies du charbon et les bactéries de la putréfaction. La coloration devient plus intense par l'addition d'un peu de potasse caustique à 1 : 10,000 ou d'huile d'aniline.

Passant maintenant aux expériences de l'auteur sur l'influence de divers agents sur la vitalité des bacilles de la fièvre typhoïde dans les milieux de culture, nous nous bornerons à relater leurs résultats généraux :

1o La vitalité des bacilles de la fièvre typhoïde se conserve dans l'eau, où ces bacilles peuvent même se multiplier dans une certaine mesure. Ainsi l'eau potable doit être considérée comme une des sources d'infection par le typhus abdominal;

2o Le lait de vache n'est pas un milieu bien favorable au développement des bacilles de la fièvre typhoïde ; pourtant ces bacilles peuvent y vivre et même se multiplier. Ainsi le lait de vache peut servir d'intermédiaire dans l'infection par le typhus abdominal, comme le prétendent Hart et Auerbach, en se fondant sur des observations cliniques ;

3o Le suc gastrique tue les bacilles de la fièvre typhoïde;

4o Cette action parasiticide du suc gastrique n'est exercée que par l'acide chlorhydrique qu'il contient;

5o La pepsine, la bile et le suc pancréatique n'affaiblissent pas la vitalité des bacilles de la fièvre typhoïde;

6o La bile et le suc pancréatique semblent même favoriser le développement des bacilles de la fièvre typhoïde ;

7o Le froid arrête le développement des bacilles de la fièvre typhoïde, mais ne les tue pas ;

8o Une température de 37 à 42o c. est la plus favorable au développement des bacilles de la fièvre typhoïde. Au-dessus de 45o, le développement des bacilles se ralentit et il s'arrête tout à fait quand la température dépasse 50o ; les *bacilles périssent*, mais les *spores conservent leur vitalité*.

Les expériences de l'auteur relatives à l'influence de divers agents sur les spores des bacilles de la fièvre typhoïde et à l'inoculation des produits de culture aux animaux se poursuivent encore et feront l'objet d'une prochaine communication

Dr W. HOLSTEIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE

A M. DE RANSE, directeur et rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Très honoré et cher confrère,

Ma communication au Congrès de chirurgie (Voir GAZETTE MÉDICALE, derniers numéros) sur la *Pathologie des abcès fétides*, a reçu immédiatement une confirmation dans un fait analogue de M. Socin.

Un très distingué confrère de province, M. X..., a bien voulu envoyer à M. Verneuil un nouveau fait confirmatif.

Peut-être ne le trouverez-vous pas sans intérêt et le jugerez-vous digne d'être publié dans votre journal, comme annexe à mon travail. Voici la lettre de ce confrère qui désire ne pas donner son nom :

« Les communications de M. Nepveu, à la séance du 7 avril du Congrès de chirurgie, me remettent en mémoire un fait qui m'a beaucoup frappé au début de ma carrière, et sur lequel la dite communication me semble jeter une vive lumière.

« A l'assaut de Malakoff, M. C..., capitaine de turcos, avait eu le métacarpe traversé par une balle. Il avait guéri, après une longue suppuration, sortie d'esquilles, etc.

« Il avait pris sa retraite, s'était marié et vivait dans de bonnes conditions hygiéniques.

« Soudain, cinq à six ans après la guérison de la blessure, au milieu d'une santé parfaite, il fut pris de frissons violents, de douleurs intolérables dans le foyer de la fracture et d'un appareil fébrile intense.

« Trois ou quatre jours après, le bras tout entier était livide, tuméfié. Un point fluctuant, situé au niveau de la blessure, fut incisé; il en sortit de la sérosité sanguinolente, des gaz, pas une goutte de pus. Le tissu cellulaire de ce foyer était grisâtre, gangrené. D'autres incisions discrètes, pratiquées sur le membre, nous révélèrent la même gangrène du tissu cellulaire sous-cutané.

« Le malade mourut au bout de quarante-huit heures, au milieu des accidents septicémiques.

« Tout cela n'avait pas duré plus de cinq à six jours.

« Ce fait me semble, dit notre confrère, pouvoir être ajouté à d'autres analogues, et je vous le livre comme s'étant passé sous mes yeux. »

Cette très intéressante observation, que je reproduis textuellement, me semble devoir s'expliquer comme les miennes propres.

Il y aura eu incarcération, dans le tissu osseux, d'un petit abcès; ce petit abcès, situé dans le canal médullaire du métacarpe blessé, aura sommeillé cinq à six ans, et; tout d'un coup, sous l'influence d'une cause traumatique quelconque, dont le blessé a perdu le souvenir, ou que notre confrère aura peut-être oubliée, les bactériens, qui s'y trouvaient incarcérés, se seront inoculés aux tissus voisins.

Le tissu osseux est merveilleusement propre à la propagation lente des microbes, par les canalicules osseux eux-mêmes, dont les sucs paraissent leur être favorables.

Sitôt que l'abcès intra-médullaire vient à se rompre, à prendre sous l'effet d'un traumatisme ou par l'action d'un état général concomitant, une brusque extension, les bactériens s'inoculent aux parties environnantes. Ainsi se produisent de grands désordres, lents ou même rapides dans leur évolution, dont l'observation de notre distingué confrère est un type parfait.

Recevez, très honoré directeur et cher confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Votre tout dévoué confrère et ami,

Dr NEPVEU.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS OSSEUSES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE : DE L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE DES OS LONGS, par le docteur MICHEL GANGOLPHE, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. — G. Masson, éditeur, 1885.

Ce mémoire, destiné à mettre en relief les caractères propres à l'ostéomyélite gommeuse des os longs, est d'autant plus intéressant qu'il s'agit-là d'une question peu étudiée et partant peu connue.

Dès les premières lignes, l'auteur émet cette idée, soutenue aussi par Lancereaux, Chiari, que la pénurie des documents anatomo-pathologiques tient à l'examen nécroscopique généralement incomplet des principales pièces du squelette. Les observations de Chiari, celles de l'auteur, viennent du reste à l'appui de cette opinion.

Après avoir, dans un premier chapitre, décrit l'ostéomyélite gommeuse, M. Gangolphe étudie, dans le second, le rôle étiologique et pathogénique de ces lésions dans les fractures attribuées à la syphilis tertiaire.

Chapitre I. — Epiphysaire ou diaphysaire, circonscrite ou diffuse, l'ostéomyélite gommeuse se présente souvent sur plusieurs points non seulement du squelette, mais même d'un segment osseux; assez fréquemment, les phénomènes objectifs provoqués par ces lésions sont si peu importants qu'elles peuvent rester latentes.

Au point de vue microscopique, elles sont caractérisées :

1° Par les porosités, les vermoulures, les trous et les tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire, les productions osseuses nouvelles et font communiquer les espaces sous-périostiques avec le canal médullaire généralement dilaté;

2° Par la coloration jaune rosé ou jaune d'or de la substance qui remplit ces cavités et sinus intra-osseux;

3° Par leur sécheresse;

4° Par la rareté de séquestres de quelque étendue.

Ce sont là surtout les caractères de l'ostéomyélite gommeuse diffuse; les deux planches placées à la fin de ce travail permettent de se rendre compte de ces divers détails.

Les lésions sont remarquables, au point de vue histologique :

1° Par l'existence d'un tissu fibrillaire adénoïde contenant dans ses mailles une masse considérable de petits éléments cellulaires, dont une partie est en voie de désintégration granuleuse; à la périphérie des lésions existe souvent un processus de limitation scléreuse;

2° Par l'absence de lésions notables du système vasculaire.

Quant à la réparation des parties osseuses atteintes d'ostéomyélite gommeuse, elle est due à un processus de sclérose osseuse et fibreuse.

Ajoutons que, se plaçant à un point de vue général, l'auteur considère ces lésions comme offrant de grandes analogies (étant donné le rôle hématopoïétique de la moelle) avec celles des ganglions de la rate.

Chapitre II. — L'examen critique de 36 observations de fractures conduit l'auteur à formuler la conclusion suivante :

La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales; l'existence d'une atrophie, d'une raréfaction générale du squelette, est encore à démontrer.

A l'exception des quelques chiffres que nous citons, il n'existe sur cette question aucune donnée suffisamment précise.

Aucun fait anatomique n'établit l'existence d'une fracture par raréfaction simple sans lésions localisées.

PAUL DALCHÉ.

REVUE DES THÈSES

CONSIDÉRATIONS SUR DEUX CAS DE LUXATION DE L'ÉPAULE EN ARRIÈRE ET EN BAS (LUXATION RÉTRO-AXILLAIRE), par le docteur F. BOTTEY, ancien interne des hôpitaux.

Sous le nom de luxation *rétro-axillaire*, M. Bottey décrit une variété de luxation de l'épaule non encore signalée dans les livres classiques. Deux observations servent de base à ce travail; l'une d'elles a été publiée et a fait l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Richet. Dans les deux cas, la tête de l'humérus est portée en arrière de l'omoplate; mais, au lieu d'être arrêtée sous l'angle postérieur de l'acromion ou dans la fosse sous-épineuse, comme dans la luxation sous-acromiale ou sous-épineuse, elle se trouve située à deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse acromiale. Les symptômes peuvent se résumer ainsi : 1° aplatissement très prononcé du moignon de l'épaule; 2° saillie de l'angle antérieur de l'acromion et de l'apophyse coracoïde; 3° paroi antérieure de l'aisselle abaissée; 4° creux sous-claviculaire conservé; 5° pas de saillie dans l'aisselle; saillie de la tête humérale à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, d'où dépression entre la tête et l'acromion, dépression entre le col chirurgical et la cavité glénoïde; 6° coude en avant et dans la position moyenne; 7° rotation du bras en dehors, avant-bras en supination; 8° raccourcissement du bras; 9° mouvements volontaires impossibles, mouvements communiqués presque nuls et douloureux. Parésie du deltoïde.

Etudiant le mécanisme des luxations sous-acromiale et sous-épineuse classiques, ainsi que les résultats de deux expériences cadavériques, M. Bottey est amené à penser que la luxation rétro-axillaire n'est que le premier degré des deux précédentes : l'humérus ne viendrait se loger sous l'épine de l'omoplate que par suite de la contraction des muscles deltoïde, sus-épineux, longue portion du biceps; mais tout d'abord la tête humérale glisserait le long du bord axillaire de l'omoplate et se placerait à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'acromion. Si la contraction musculaire est affaiblie ou ne se produit pas, ce deuxième temps ne pourra s'effectuer et l'ascension de la tête n'aura pas lieu. C'est ce qui paraît être arrivé dans les observations de M. Bottey, qui ont trait à deux vieillards de plus de 70 ans et chez qui la puissance musculaire était des moins considérables.

D E. DESNOS.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE FER CHEZ LES ANÉMIQUES.

(MARTINETTI.)

Rec. Citrate de fer. . . . . 2 grammes.
Eau de laurier-cerise. 20 —

M. s. a. — Dose : un centimètre cube par injection. Une injection par jour. Les injections doivent être pratiquées à la région fessière.

Chez une femme affectée d'une anémie grave, M. Martinetti a fait en tout 26 injections, dont une seule donna lieu à une induration locale douloureuse, que fit disparaître en très peu de temps l'application d'une vessie de glace. Le résultat thérapeutique fut des plus satisfaisants.

Nous avons déjà fait connaître dans ce journal (Gazette médicale, 1884, p. 138) les résultats que Quincke et Glæwecke ont obtenus avec les injections sous-cutanées de citrate de fer dans le traitement de l'anémie.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Épidémies. — Plusieurs foyers épidémiques sont signalés de différents côtés.

A Londres, la variole sévit assez fortement. Le nombre des varioleux en traitement dans les hôpitaux dépasse mille. Pendant la dernière quinzaine, il a été relevé 874 cas nouveaux et 123 décès.

Le choléra est en baisse en Espagne ; mais il n'a pas encore complètement disparu. On constate encore de 7 à 8 cas par jour à Jativa. Dans les environs de cette ville, à Sueca, à Villanueva, etc., la situation tend aussi à s'améliorer.

Par contre, le choléra frappe plus sérieusement que d'habitude les villes de l'Inde dans lesquelles il est endémique : Bombay, Calcutta, Madras, lui paient en ce moment un assez lourd tribut. Or nous sommes à l'époque des pèlerinages à la Mecque et, d'un autre côté, plus préoccupés des affaires politiques que de l'hygiène internationale, les autorités anglaises se montrent trop faciles à l'égard des provenances des pays indiens contaminés. Il y a là une double cause de danger qu'il importe de signaler à l'attention des gouvernements, et, en particulier, à celle de la conférence sanitaire internationale qui doit se réunir à Rome le 15 mai prochain. Le fait a d'autant plus d'importance que, représentée dans le Conseil sanitaire international d'Alexandrie par un délégué médecin, tandis que le nôtre appartient à l'ordre consulaire, et que notre médecin sanitaire, comme d'ailleurs tous ses collègues sans délégation spéciale, a simple voix consultative, l'Angleterre exerce une influence prépondérante sur les décisions de ce Conseil. Déjà, d'après certains journaux, le choléra sévirait à Sonakim et se serait montré au Caire : ces nouvelles méritent confirmation.

Une épidémie, présentant tons les caractères de la peste, a été signalée à Hamadan (Perse). Les autorités persanes ayant toujours tendance à dissimuler la réalité ou la gravité du mal, le gouvernement turc a délégué un médecin pour aller à Hamadan même se rendre compte de l'état sanitaire.

— Faculté de médecine de Montpellier. — Réouverture des cours. — La fermeture des cours, prononcée sans l'avis préalable du doyen provisoire, M. Grasset, avait eu pour conséquence la démission de ce dernier, si bien que, le second assesseur étant absent, la Faculté s'est trouvée sans doyen. Le calme a fini par se faire. Le respect de l'autorité a été sauvegardé par une décision de blâme votée par l'asssmblée des professeurs à l'adresse des étudiants, décision accueillie sans protestations par ces derniers, et la réouverture des cours s'est faite, lundi dernier, sans aucun incident. On parle de M. Castan pour les fonctions de doyen.

— Souscription pour offrir a M. le docteur Dechambre son buste sculpté par M. Barrias. — Un Comité, composé de MM. Charcot, Potain, Verneuil, Hénocque, Lereboullet, Masson, Reclus, s'est constitué pour recueillir les souscriptions des amis et collaborateurs de M. Dechambre, afin d'assurer les frais de l'exécution de son buste en marbre par le statuaire Barrias. Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur Hénocque, avenue de Villiers, 87, et à la librairie G. Masson.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Carville, ancien préparateur du cours de pathologie expérimentale, décédé à Menton, où les soins de sa santé le retenaient depuis plusieurs années ; — de M. le docteur Boyer, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, mort dans sa quatre-vingt-uniéme année ; — de M. le docteur Vaullegeard (de Condé-sur-Noireau, Calvados), mort à quatre-vingt-huit ans, et qui, en 1847, pratiqua avec succès l'ovariotomie ; — de M. le docteur G. Beylard, ancien chef de clinique de Trousseau ; — de M. le docteur J.-M.-A. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchement, ancien président de la Société de médecine de Paris.

* * *

Le ministre de l'instruction publique a décidé que les agrégés institués près des Facultés de médecine par les arrêtés en date des 15 mai, 25 juillet et 17 août 1878, resteront en exercice jusqu'au 1er novembre 1887.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Loumeau et Lacharrière sont nommés chefs de clinique chirurgicale.

M. Puech est nommé chef de clinique ophthalmologique.

M. Brunetière est nommé préparateur de chimie.

Faculté de médecine de Lille. — M. Cochet, docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Turgard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Castelain, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans ses fonctions jusqu'à la fin du prochain concours d'agrégation.

* * *

Hôpitaux. — Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira, le jeudi 4 juin 1885, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 4 mai 1885 et sera clos définitivement le mercredi 20 mai.

* * *

La Société de géographie vient de décerner une médaille d'or à M. le docteur Neïs pour ses voyages dans l'Indo-Chine orientale, de 1880 à 1884.

— Du 3 au 5 septembre prochain, un Congrès d'hygiène se tiendra à Budapest ; on s'y occupera d'une manière particulière, et pour ainsi dire exclusive, des questions sanitaires propres à la Hongrie.

* * *

Par décret, en date du 23 avril 1885, sont promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Trèpant, Piermé, Thobois, Delaunay, Cahon, Guillaumet, Poyet, Woimaut, Roulin, Thomas, Chaumel du Planchat, Huber, Boudrie et Haquenthal.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 19 au samedi 25 avril 1885.

Fièvre typhoïde 19. — Variole 5. — Rougeole 47. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 34 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 6 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 49. — Phthisie pulmonaire 130. — Autres tuberculoses 31. — Autres affections générales 71 — Malformation et débilité des âges extrêmes 50. — Bronchite aiguë 37. — Pneumonie 117. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 41. — au sein et mixte 25 — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 112. — de l'appareil circulatoire 79. — de l'appareil respiratoire 100. — de l'appareil digestif 47 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 14. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 1,177 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Maladies des enfants. — Traitement de la diphthérie, angine couenneuse et croup, par le docteur Marc Jousset, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des Enfants. In-8 de 42 pages. — Prix : 1 fr. 25 — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le choléra devant l'Académie de médecine. — La contagiosité et les quarantaines, par le docteur J.-P. Bonnafont, membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bibliothèque diabolique : Histoire, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux ; item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres, par Jean Wier, médecin du duc de Clèves, suivi de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas Erastus. Avant-propos, par Bourneville. Biographie de Jean Wier, par Axenfeld. — Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 600 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin. — Prix : papier velin, 15 fr. les deux volumes. — Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe. — Papier parcheminé (no 1 à 300), prix : 20 fr. les deux volumes. — Papier Japon des manufactures impériales (n° 1 à 150), prix : 25 fr. les deux volumes. — Paris, librairie du Progrès médical, 14, rue des Carmes.

N. B. — Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux : pour la France, le port est de 1 fr. ; pour l'étranger, de 2 fr. 50.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rodeset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

an-dessous de la ligature de catgut, ligature qui fermait la cavité péritonéale à la manière du collet d'une bourse serré par son cordon. La section du sac fut faite avec précaution dans la crainte qu'une anse intestinale n'eût été comprise dans la ligature.

Je trouvai dans le sac une petite quantité de liquide mousseux, qni n'était antre chose que de la sérosité du péritoine que les manœuvres du taxis avaient fait mousser.

La réduction de l'intestin ayant eu lieu avant la ligature et l'incision du sac, à ancun moment les anses intestinales n'ont été en contact avec l'air extérieur.

Une grosse masse d'épiploon qui était contenue dans le sac fut liée et réséquée.

L'ouverture inguinale fut ensuite réunie par quatre points de suture entrecoupée avec des fils de catgut fin, placés sur les piliers de l'annean. Un de ces fils traversait le pédicule du sac pour le maintenir contre la paroi abdominale.

Quatre points de suture profonde avec des fils d'argent et onze points de suture superficielle furent placés pour rapprocher les lèvres de la plaie cutanée. Drain de caoutchouc aux deux extrémités de l'incision. Pansement de Lister.

L'opération avait duré plus d'une heure.

Dans la journée, le malade ent quelques nausées dues au chloroforme. Le soir, il allait très bien : aucune douleur, aucune fièvre.

Le 24 janvier. — Premier pansement. Les lèvres de l'incision sont réunies.

Le 26 janvier. — Deuxième pansement. Ablation de deux fils profonds et de huit fils superficiels. L'état général est très bon. Mais le soir, le malade est en proie à une fièvre assez vive, à la suite d'efforts pour aller à la selle.

Le 27 janvier. — 25 grammes d'huile de ricin amènent qnelques selles normales.

Le 29 janvier. — Troisième pansement. Au-dessous de la peau réunie, je trouve un foyer de suppuration fétide qui m'explique parfaitement l'apparition de fièvre. J'enlève toutes les sutures, et je fais nn lavage minutieux du foyer avec de l'eau phéniquée au 20°. Pansement de Lister.

Malgré cet accident, le ventre n'est pas douloureux; des adhérences solides se sont faites du côté du péritoine, et il n'y a aucune menace de péritonite.

Les jours suivants, l'opéré allait très bien et s'alimentait presque comme à l'état normal. Mais le foyer purulent continuait à suppurer.

Le 11 février, la suppuration commença à diminuer. Néanmoins, le malade restait rigoureusement au lit, avec la recommandation de ne pas s'asseoir et de ne pas faire de mouvements brusques.

On renouvela d'abord les pansements tous les joure, puis tous les deux jours, tous les trois jours et tous les quatre jours, à mesure que la suppuration se tarissait.

Le 10 mars, la cicatrisation était parfaite; je permis à mon opéré de se lever avec un bandage appliqué par-dessus une couche de ouate.

La guérison est complète, en ce sens que l'opéré est débarrassé d'une infirmité qui l'empêchait de gagner sa vie et qui l'exposait à de graves accidents. Mais l'opération n'a pas fait disparaître la faiblesse congénitale de la paroi abdominale. Malgré l'excision du sac, malgré la suture de l'anneau, malgré la suture profonde des lèvres de la plaie, la région inguinale reste faible. Elle a besoin d'être soutenue artificiellement. Aussi mon opéré devra-t-il porter un bandage toute sa vie sous peine de se voir se former une nouvelle hernie. Il est bien rare que ceux qui ont subi la cure radicale d'une hernie ne soient pas soumis à cet assujettissement.

En examinant la pièce enlevée, on voit qne le testicule est sitné dans le sac. J'avais donc affaire à nne hernie dans la tunique vaginale, c'est-à-dire à une hernie congénitale. D'après le dire du malade, cette hernie n'est devenue apparente qu'après la puberté.

La disposition du testicule dans le sac rendait sa conservation bien difficile. Si le testicule avait été conservé, la cure radicale aurait été moins sûre et l'usage d'un bandage aurait probablement été empêché par la compression de cet organe et les douleurs qui en auraient résulté.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DANS L'ARMÉE DE PARIS EN 1884, par M. le docteur AMAT.

L'épidémie cholérique qui vient de sévir à Parie laisse en nos mains des documents précieux : d'une part, les communicatione faites au jour le jour par M. Emile Rivière ; de l'autre, le savant mémoire publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE (no 8, 16 avril) par M. le médecin inspecteur Léon Colin.

C'est avec la compétence connue de tous qne notre vénéré maître en épidémiologie retrace l'histoire du choléra dans l'armée de Paris en 1884.

Comme pour la population civile, l'affection éclate dans la garnison au commencement du moie de novembre et dure vingt-quatre jours : l'explosion a lieu sur des points réciproquement éloignés. Il se produit 57 cas de choléra confirmé, 66 de choléra atténué ou cholérine, 93 diarrhées plus ou moins simples, total 216 atteintes donnant la proportion de 13 pour 1,000. La mortalité, abstraction faite de 2 décès survenus à la prison du Cherche-Midi, est de 15, soit 27 % des malades atteints du choléra confirmé et 1 pour 1,000 des militaires présents.

Les 123 cas certains (choléra ou cholérine) proviennent de 28 corps différents et d'une cioquantaine de points distincts; l'épidémie a respecté les troupes des localités suburbaines. La caserne de Reuilly, située au centre des quartiere les plus éprouvés, a 7 soldats frappés du 7 au 11 novembre, dont 4 mortellement. L'affinité spéciale que semble avoir l'affection pour la caserne Bonaparte (quai d'Orsay) cesse brusquement par l'envoi à l'hôpital de tous les hommes atteints de diarrhée simple. Les ravages produits par le mal dans la maison des vieillards de l'avenue de Breteuil sont heureusement sans influence marquée pour les troupes de l'Ecole-Militaire et pour la population de l'Hôtel des Invalides. La localisation la mieux déterminée et la plus tenace est celle de la prison militaire du Cherche-Midi. Il faut enfin signaler cinq cas de choléra et six antres affections intestinales parmi le personnel des sous-officiers et soldats employés à divers titres place Vendôme, dans les deux hôtels contigus occupés par le gouvernement militaire de Paris et les bureaux de la place.

La prédominance des atteintes parmi les militaires isolés rappelle la prédilection constatée, en ce qui regarde la popula-

tion civile; du choléra pour les célibataires. Néanmoins la mortalité de la garnison entière a été inférieure à celle de ces derniers, 10 au lien de 13 pour 10,000.

L'action contagieuse n'a été manifeste que dans trois circonstances, à moins qu'on ne veuille la faire intervenir dans les cas successifs de la place Vendôme et de la prison du Cherche-Midi.

Comparativement aux épidémies antérieures de la garnison de Paris, celle de 1884 a été très bénigne, ainsi que les chiffres suivants le démontrent :

Année 1832.	837 décès.	
— 1849.	1,240 —	
— 1853-54. . . .	680 —	
— 1865-66. . . .	305 —	
— 1873.	32 —	
— 1884.	17 —	(y compris les 2 du Cherche-Midi.)

Mais il n'y a peut-être pas lieu de croire la mortalité inférieure, toutes proportions gardées, à celle de 1873 : Paris et la zône suburbaine avaient à cette époque un plus grand nombre de soldats.

L'armée a proportionnellement plus souffert que la population civile : 1,500 décès parisiens au lieu de 1,000 auraient dû correspondre à nos 15 déjà signalés. Ajoutons toutefois qu'il est difficile de choisir dans le milieu de la capitale un groupe hygiéniquement comparable.

Des communications faites par deux médecins d'Aubervilliers, il résulte qu'au mois de juillet survenaient déjà deux cas de tous points comparables à ceux observés en septembre. Il n'y a donc pas lieu de douter que le militaire transporté à cette même époque, de cette localité à l'hôpital St-Martin, ne fût atteint du vrai choléra. Ainsi éclatait la première phase d'infection qui mettait l'épidémie parisienne de novembre 1884 en connexion intime avec celle qui éclatait à Toulon.

Dès le mois de juin, M. le Directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, signalait au commandant l'opportunité de mesures à prendre contre l'envahissement du mal indien, et proposait, entre autres choses, conformément aux instructions du Comité consultatif de santé, de renvoyer dans leurs foyers les hommes malingres, de diminuer les fatigues, d'éviter les exercices nécessitant des concentrations de troupes, de vêtir chaudement, de prescrire la ceinture de flanelle, de faire des désinfections, de donner de l'eau de source.....

L'explosion du choléra, au début de novembre, devenait l'occasion de prescriptions nouvelles : suppression des aliments peu digestibles, ébullition préalable de l'eau de boisson, réduction du temps de faction, évacuation et désinfection immédiate par l'acide sulfureux des chambres où se manifesteraient des cas de choléra..... Enfin, toutes les mesures avaient été prises pour le transport rapide des hommes atteints dans les hôpitaux militaires, où des salles se trouvaient spécialement aménagées.

« Je considère comme un devoir de rendre hommage en terminant, dit M. Léon Colin, au zèle de tous les personnels hospitaliers et régimentaires, qui ont concouru soit au traitement des malades, soit à l'application des mesure prophylactiques. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'estomac et de l'intestin.

I. La gastroxynsis nerveuse, forme spéciale et bien caractéristique de la dyspepsie nerveuse, par le professeur Rossbach, de Iéna (1). — II. Mouvements antipéristaltiques de l'estomac, par le docteur Cahn (2). — III. Sur les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de l'estomac, par le professeur Glax (3).

I. Sous le nom de *gastroxynsis nerveuse*, M. Rossbach décrit une forme spéciale de dyspepsie, caractérisée par une sécrétion acide exagérée, dominée par des influences nerveuses, et qui engendre, par voie réflexe, une série d'autres symptômes. Dans les quelques cas observés jusqu'ici par l'auteur, l'affection paraissait avoir eu pour cause des fatigues intellectuelles démesurées, ou encore le tabagisme. Rossbach admet d'ailleurs que pour être efficaces, ces causes doivent agir sur un terrain préparé (prédisposition héréditaire ou acquise).

La maladie évolue sous forme de paroxysmes qui ont une durée de 1 à 3 jours, et qui se répètent toutes les semaines, ou seulement tous les mois, tous les deux mois. Les accès font défaut lorsque les malades se soustraient à l'influence nocive des fatigues intellectuelles, pendant les vacances, pendant un séjour à la campagne. Dans les intervalles des accès, la santé est excellente; au sortir d'une crise, l'appétit est meilleur qu'avant. Les symptômes de l'accès sont de deux ordres : les uns paraissent ressortir au cerveau et les autres à l'estomac. C'est-à-dire que les malades éprouvent une céphalalgie extrêmement violente, en même temps qu'une sensation très pénible d'aigreur au creux de l'estomac, et c'est tantôt l'une, tantôt l'autre de ces deux manifestations qui ouvre la scène. L'accès éclate aussi bien pendant l'état de vacuité de l'estomac qu'à la suite d'un repas. Le paroxysme met habituellement un quart d'heure, quelquefois beaucoup plus, à atteindre son apogée. Il semble alors au malade que son estomac est corrodé par un acide. Cette sensation pénible détermine, par voie réflexe, l'occlusion du pylore, car quand l'estomac ne se débarrasse pas de son contenu par le vomissement, on le trouve encore rempli d'une bouillie acide, vingt-quatre heures après le début de l'accès ; il semble donc que la résorption cesse de se faire à la surface de la muqueuse gastrique. Le cardia s'entr'ouvre par intervalle, soit que les malades avalent de l'air, soit qu'ils rendent des gaz ; de pyrosis, jamais. La céphalgie atteint une violence extrême; il semble aux malades que leur tête va éclater, qu'ils sont sur le point d'expirer. La douleur occupe toute la région frontale. La face est blême ; les yeux sont enfoncés dans les orbites, douloureux à la pression. Quelquefois les malades ont des fourmillements dans les membres supérieurs. Ceux-ci sont quelquefois comme anesthésiés.

Bientôt les malades sont pris de nausées, qui aboutissent au vomissement après un temps variable. C'est alors que la céphalalgie s'exaspère au plus haut degré. Les vomissements ne s'arrêtent que quand l'estomac s'est vidé complètement de son contenu. Des analyses faites par un assistant de M. Rossbach ont fourni la preuve, que l'acidité des matières vomies était

(1) Deut. Archiv für klin. Medicin., t. XXXV, fasc. 5, p. 383.
(2) Ibidem, t. XXXV, fasc. 5, p. 402
(3) Pester Chirurg. medic. Presse, 1884, nos 15 et 16.

due exclusivement à la présence d'une assez grande quantité d'acide chlorhydrique libre. Les matières analysées ne contenaient pas d'acides de la série grasse (butyrique, propionique, valérianique, etc.) qui existent communément dans le contenu de l'estomac, chez les personnes affectées de la dyspepsie acide commune.

Sitôt l'estomac débarrassé, la céphalalgie se dissipe en l'espace de quelques minutes. Les malades sont prostrés; le sommeil les envahit. Au réveil, ils se sentent dispos et comme revivifiés. Jusqu'à ce que survienne un nouveau paroxysme, les digestions se font avec une régularité parfaite; l'intelligence fonctionne bien.

On réussit à couper l'accès, lorsque, tout au début, on fait boire au malade un ou plusieurs verres d'eau chaude. Quand l'eau est bue quelque temps après le début des accidents, ceux-ci sont manifestement atténués. Enfin, quand le paroxysme est à son apogée, l'ingestion d'eau chaude a pour effet de hâter et de faciliter le vomissement qui termine la crise.

M. Rossbach a passé en revue, à la fin de son travail, les différentes affections qu'on pourrait être tenté de confondre avec la gastroxynsis nerveuse : la dyspepsie nerveuse de Leube (1), qu'on considère comme une des modalités de la neurasthénie cérébro-spinale, la sécrétion exagérée et continue d'acide chlorhydrique à la surface de l'estomac, dont Reichmann a publié deux exemples (2), la dyspepsie acide avec ou sans pyrosis, le catarrhe aigu de l'estomac et la migraine. C'est surtout avec ces deux dernières affections que la confusion a dû être commise maintes fois.

II. A titre de preuve, comme quoi les parois de l'estomac peuvent, sur le vivant, être le siége de mouvements antipéristatiques spontanés, M. Cahn rapporte l'observation suivante :

« Femme de 72 ans, entrée à l'hôpital le 29 décembre 1882. Depuis les premiers jours de novembre, elle est sujette, après les repas, à des tiraillements douloureux dans le creux épigastrique, qui s'irradient vers le côté gauche. De temps en temps elle a vomi, une à deux heures après avoir mangé, des matières fortement acides. Ces matières n'ont jamais contenu de sang ni de matières noirâtres. L'appétit est conservé. La malade souffre d'une constipation opiniâtre. Elle reste souvent huit jours sans aller à la selle; ses matières fécales sont d'une extrême dureté. Ce qui la préoccupe le plus, ce sont des sensations étranges dans l'abdomen, qu'elle ressent principalement durant la nuit; il lui semble « qu'elle a dans le ventre deux individus en train de lutter ». Elle avait constaté qu'en même temps la paroi de l'abdomen présentait des bosselures et des incurvations. L'exactitude de ce dernier détail fut vérifiée le soir même. L'hypocbondre gauche et l'épigastre étaient parcourus par des mouvements vermiculaires, qui se succédaient avec une grande rapidité. Les ondulations, formées par les soulèvements de la paroi abdominale, partaient d'un point situé à environ 3 centimètres à droite et au-dessus de l'ombilic pour aller se perdre sous le rebord des fausses côtes à gauche, en décrivant des arcs légèrement incurvés vers la droite. Elles se succédaient à des intervalles de 30 à 40 secondes, et parcouraient le trajet susdit en l'espace de 5 à 10 secondes environ. L'épigastre était sensible à la pression, mais à la palpation on n'y découvrait pas de trace d'une tumeur. Sous l'influence d'un régime approprié, l'état général de la malade s'était amélioré; les vomissements ne s'étaient pas reproduits. Pour vider l'intestin, on était obligé d'administrer quotidiennement des lavements d'eau tiède et des lavements purgatifs au séné.

« Il s'agissait, en somme, d'un exemple de mouvements antipéristaltiques (de droite à gauche) de l'estomac, car la palpation des viscères, rendue facile par l'extrême minceur de la paroi abdominale antérieure, ne laissait subsister aucun doute sur le siège exact de ces mouvements insolites. Pour donner au diagnostic plus de certitude encore, on eut recours à la distension gazeuse de l'estomac, obtenue à l'aide d'une poudre effervescente, pratique couramment employée dans certaines cliniques de l'Allemagne. Pendant les neuf mois qne cette femme fut en observation, il ne s'écoula jamais douze heures consécutives sans que l'on vit se produire ces mouvements antipéristaltiques de l'estomac. On pouvait les provoquer soit en découvrant l'ahdomen de la malade, soit, plus sûrement encore, en dirigeant un jet d'éther sur le creux épigastrique. Le lavage de l'estomac fit du bien à la malade, mais on ne put jamais le pratiquer d'une façon complète, d'abord à cause des résistances de la femme, et aussi parce que, sous l'influence de la soustraction de liquide résultant de cette vidange, la malade s'était trouvée l'une ou l'autre fois en imminence de syncope. Elle succomba au mois d'octobre 1883. L'autopsie fit découvrir un carcinome de la portion pylorique. Les troncs des nerfs de l'estomac présentaient une structure normale. La cause précise de ces mouvements antipéristaltiques échappe dès lors. Ajoutons que l'observation de M. Cahn est tirée du service du professeur Kussmaul, dont la haute compétence en matière de pathologie de l'estomac n'est pas à nier. »

III. M. Glax a publié un fait analogue. Voici la description qu'il donne des mouvements antipéristaltiques constatés cbez son malade : L'estomac devenait le siége d'un étranglement qui s'étendait en droite ligne de haut en bas, le long du bord droit du sternum; subitement, la portion pylorique se distendait à gauche de l'étranglement, jusqu'à atteindre le volume d'une tête d'enfant; puis cette distension gagnait la portion de l'estomac située à droite de l'étranglement, pour réapparaître à gauche et ainsi de suite. Mais souvent le mouvement (péristaltique), propagé de gauche à droite, se résolvait en un mouvement (antipéristaltique) en sens inverse, de droite à gauche. Le phénomène gagna en netteté, lorsqu'on eut distendu l'estomac par l'introduction d'une poudre effervescente.

Le sujet de l'observation, un jeune homme, était depuis des mois sujet à des troubles dyspeptiques et à des vomissements. L'usage d'une eau minérale et la galvanisation de l'estomac le débarrassèrent de ces divers accidents; la guérison fut complète. Il y a donc lien de faire de ce cas un exemple de simple névrose motrice de l'estomac.

E. Ricklin.

(A suivre.)

(1) Voir Compte rendu général des Académies et Sociétés savantes, 1884, n° 18, p. 187.

(2) Voir Gazette médicale, 1882, n° 44, p. 549, et 1884, n° 6, p. 68.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Ophthalmologie. — De l'amblyopie saturnine, par M. Georges Weber.

M. Georges Weber a fait de l'amblyopie saturnine le sujet de sa thèse inaugurale. Après un historique *ab ovo* de la ques-

tion, il fait un bon choix des observations publiées dans les divers auteurs, Duplay, Hirschler (de Pesth) et Haase (de Wiesbaden). Il en rapporte deux nouvelles recueillies dans le service de clinique de M. le professeur Potain, et, chemin faisant, il s'attache à décrire les différentes formes sous lesquelles peut se présenter l'amblyopie saturnine. Il montre que le début de cette amaurose peut être brusque ou lent, qu'elle peut consister en troubles passagers ou permanents et que dans ces derniers cas il y a atrophie papillaire, tandis que les troubles visuels temporaires tiennent simplement à des altérations fonctionnelles des vaisseaux de la rétine. Il n'émet d'ailleurs aucune opinion sur la nature de cette affection qu'il rattache, sur la foi des auteurs, aux mêmes causes qui produisent l'encéphalopathie saturnine et non pas à une néphrite. Comme traitement, il conseille l'iodure de potassium et l'électricité.

Étude sur les luxations du cristallin, par M. Calisti. — Lille, imprimerie Danel, 1884.

M. Calisti divise les luxations du cristallin en congénitales, traumatiques et spontanées.

La luxation congénitale offre ceci de remarquable que, dans l'immense majorité des cas, elle est héréditaire ; on la voit se transmettre jusqu'à cinq générations. Le cristallin est souvent déplacé en haut et en dehors, et la luxation s'accompagne fréquemment de corectopie ; pour cette variété de luxation, l'opération indiquée est l'iridotomie.

Les autres variétés, qu'elles soient traumatiques, primitives ou secondaires, ou qu'elles soient spontanées, peuvent se faire dans la chambre antérieure, le corps vitré ou sous la conjonctive.

Il est facile en général de reconnaître un cristallin dans la chambre antérieure : le centre de l'iris est repoussé en arrière, la chambre antérieure est agrandie, l'iris tremblote au moindre mouvement un peu brusque ; enfin, à l'éclairage oblique, on aperçoit facilement le corps du délit.

Dans ces cas, on pourra tenter la réduction ; mais à la moindre menace d'accidents il faudra avoir recours à l'ablation, qui n'est d'ailleurs pas en général difficile.

La luxation dans la chambre postérieure donne lieu à des symptômes assez analogues ; il est inutile d'y insister.

La luxation dans le corps vitré à la suite d'un traumatisme accidentel est assez rare ; c'est elle que l'on produisait quand on opérait les cataractes par abaissement ; elle peut ne pas occasionner de désordres ; il suffit, dans ce cas, de donner des verres appropriés ; dans le cas contraire, il faut tâcher de procéder à l'extraction, qui n'est pas toujours facile.

Parfois le cristallin passe sous la conjonctive et, quoi qu'on en ait dit, il est des cas où il peut déterminer des accidents et où il est indiqué de l'enlever.

Un dernier chapitre est consacré à la luxation spontanée. Celle-ci se fait presque toujours dans le corps vitré. Elle explique comment certains aveugles ont pu, à la suite d'une secousse ou d'un mouvement un peu brusque, recouvrer partiellement la vue. Cette variété ne diffère d'ailleurs en aucune façon comme symptomatologie des luxations traumatiques et elle comporte les mêmes indications au point de vue du traitement.

A propos de chaque variété de luxation, l'auteur rapporte un certain nombre d'observations inédites très bien prises, où il indique soigneusement tous les petits détails de traitement nécessités par chaque cas en particulier : il fait ainsi de son travail un ouvrage en même temps très complet et très clinique qui sera consulté avec beaucoup de profit.

Toupet.

FORMULAIRE

Solutions pour lotions contre le pytiriasis du cuir chevelu et l'érythème cutané.

Rec. Hydrate de chloral	25 grammes	
Eau distillée	500	—
Liqueur de Van Swieten	100	—

M. s. a. — Pour frictions sur le cuir chevelu.

Employer pour chaque friction la valeur d'une à deux cuillerées à bouche de la solution chauffée.

Suppositoires au chloral.

Rec. Hydrate de chloral	5 grammes.	
Cire jaune	5	—
Beurre de cacao	15	—

M. s. a. — Pour cinq suppositoires.

Lavements au chloral et au bromure de potassium.

Rec. Hydrate de chloral	1 à 2 grammes.	
Bromure de potassium	4	—
Eau distillée	200	—

M. s. a.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Inauguration du cours de M. le professeur Grancher. — Samedi dernier, l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades était trop étroit pour contenir la foule de médecins et d'élèves qui venaient assister à l'inauguration du cours de M. le professeur Grancher. Le nouveau titulaire de la chaire de clinique des maladies des enfants jouit d'une sympathie générale, et le nombreux auditoire qui se pressait pour l'écouter contenait, non des curieux, mais des amis. Du reste, pour être applaudi, M. Grancher n'a pas besoin d'une amicale indulgence. Il possède des qualités professorales de premier ordre qui ont certainement contribué, avec ses titres scientifiques, à faire tomber sur lui le choix de la Faculté. Clarté d'exposition, correction du style, netteté et précision des termes employés, parole facile, lente, bien accentuée : telles sont, entre autres, quelques-unes de ces qualités qui captivent l'attention, font saisir la pensée tout entière du professeur, et permettraient, sans beaucoup de peine et sans recourir à la sténographie, de prendre textuellement son cours. C'est là, certes, un grand avantage pour les élèves, surtout quand le professeur ne se préoccupe pas moins du fond que de la forme et que ses leçons sont bien fournies, riches en faits, en déductions scientifiques et en enseignements pratiques.

Nous ne disons rien de la première leçon de M. Grancher, que nous avons la bonne fortune de mettre plus haut sous les yeux de nos lecteurs. Nous leur laissons le soin d'apprécier eux-mêmes cette remarquable page de pathologie générale.

— LE SECRET MÉDICAL DEVANT LA COUR D'APPEL. — M. le docteur W... avait interjeté appel du jugement qui l'avait condamné à 100 fr. d'amende pour la violation du secret médical qu'il avait commise en faisant connaître la maladie à laquelle a succombé le peintre Bastien-Lepage. On s'attendait généralement à une infirmation de ce jugement, car il ressortait nettement de l'affaire que l'intention de nuire n'avait pu dicter l'acte du docteur W... Cette attente a été déçue ; la Cour a confirmé la décision des premiers juges en s'appuyant sur ce considérant : que la loi, en matière de violation de secret professionnel, ne punit pas seulement l'intention de nuire, mais encore la simple indiscrétion commise.

Cette question du secret professionnel divise toujours les opinions, même parmi les médecins, et il est certain, par exemple, que, dans des cas plus ou moins analogues à ceux que supposait dans son dernier feuilleton [notre collaborateur Duplex, la ligne de conduite suivie par tel ou tel confrère serait divergente. C'est une raison de plus pour désirer que la jurisprudence des tribunaux s'affirme dans un sens ou dans l'autre, et, à ce sujet, il est bon d'enregistrer l'arrêt de la Cour venant sanctionner le jugement du tribunal de première instance.

— INAUGURATION A ANGOULÊME DE LA STATUE DE BOUILLAUD. — Angoulême sera en fête, le samedi 16 mai, pour inaugurer la statue d'un de ses plus illustres enfants, le professeur Bouillaud. Les corps savants dont faisait partie le maître toujours regretté seront représentés à la cérémonie : l'Académie des sciences, par M. Vulpian; l'Académie de médecine, par M. Henri Roger ; la Faculté de médecine, par M. Laboulbène.

— MONUMENT CREVAUX. — Le docteur Crevaux, mort assassiné par les indiens Tobas, aura aussi le monument auquel lui donnait droit son dévouement à la science et sa mort glorieuse. La ville de Nancy inaugurera, le samedi 13 juin, la statue du vaillant explorateur.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons à enregistrer la mort de M. le professeur Panum (de Copenhague), qui présidait l'an dernier, dans cette ville, le Congrès international de médecine et de chirurgie ; — de M. Pichot, de Bonnétable (Sarthe), qui a succombé, à l'âge de quarante ans, à la diphthérie contractée dans l'exercice de sa profession; — de M. le docteur Dupré, ancien professeur libre d'anatomie ; — de M. le docteur Hartzé, médecin de la légation de Belgique à Paris; — de M. Desains, membre de l'Académie des sciences et professeur de physique à la Sorbonne.

∴

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — Un concours pour la nomination à une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen s'est ouvert le 1er de ce mois à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se compose de MM. Verneuil, président; Lannelongue, Delabost, Thierry et Humbert, juges. Le seul candidat qui se soit présenté est M. le docteur Hue.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Dans sa séance du 16 avril 1885, la Faculté de médecine de Lille a présenté pour la chaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale : En première ligne, M. le docteur G. Hermann, chargé du cours d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la Faculté ; en deuxième ligne, M. le docteur Leroy, agrégé près la Faculté.

⁂

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Jagot, suppléant, est chargé du cours de pathologie interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Feillé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Sainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charcellay.

⁂

M. le docteur R. Koch est nommé professeur ordinaire d'hygiène à la Faculté de médecine de Berlin, avec le titre de conseiller privé médical.

— M. le docteur Emile Schwarz est nommé professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Halle.

⁂

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — *Cours d'anthropologie préhistorique de M. G. de Mortillet.* — Excursions de 1885 :

Dimanche, 3 mai, Chelles. — Sablières types du Chelléen ou quaternaire inférieur. Départ de Paris (Est), 9 heures 40; déjeuner, 1 heure ; rentrée à Paris, 3 heures 55.

Dimanche, 17 mai, Pierre-Turquoise. — Dolmen dans la forêt de Carnelle. Départ de Paris (Nord), à 8 heures 25.

Dimanche, 31 mai, Celle-sous-Moret. — Tufs chelléens, silex de la surface, polissoirs et tumulus. Départ de Paris (Lyon-Marseille), 7 heures 20.

Nota. — Les détails de chaque excursion seront affichés à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, huit jours d'avance. Les excursionnistes sont priés de se faire inscrire, s'ils veulent bénéficier des réductions accordées par les compagnies de chemins de fer, lorsque le groupe atteint 20 personnes.

∴

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La 3e conférence transformiste sera faite le samedi 9 mai, à 4 heures, dans le local de la Société. Le conférencier, M. A. Hovelacque, traitera de *l'Evolution du langage.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Le service des vaccinations gratuites reprendra ses séances de vaccinations et revaccinations gratuites à partir du mardi 5 mai (de midi à une heure) dans le local que la Société d'encouragement met gracieusement à la disposition de la Société, 44, rue de Rennes.

Les confrères de Paris trouveront à leur choix, sans rétribution aucune, du vaccin de génisse et du vaccin jennérien.

⁂

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Legouest, inspecteur général du service de santé de l'armée, est admis au cadre de réserve et va être remplacé dans ces hautes fonctions par M. Didiot, médecin-inspecteur et actuellement directeur du service médical au ministère de la guerre.

⁂

HÔPITAL BICHAT. — *Conférences de clinique et thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ces conférences le dimanche 10 mai, à dix heures précises, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées à l'étude clinique et thérapeutique de *l'artério-sclérose*, de *l'hystérie gastrique*, des *dilatations de l'estomac*, des *vertiges*, de la *migraine*, de la *constipation*, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

22. M. Monnier. Influence des états constitutionnels et des altérations viscérales sur le traumatisme. Blessures accidentelles, opé-

rations chirurgicales. — 23. M. Legrix. De la crépitation en chirurgie et de l'absence de crépitation osseuse dans certaines fractures.—24. M. Duhamel. De l'aphasie au début de la paralysie générale.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 26 AVRIL AU SAMEDI 2 MAI 1885.

Fièvre typhoïde 28. — Variole 4. — Rougeole 47. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 37. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 227. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 46. — Bronchite aiguë 29. — Pneumonie 123. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38. — au sein et mixte 23. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 108. — de l'appareil circulatoire 66. — de l'appareil respiratoire 74. — de l'appareil digestif 54. — de l'appareil génito-urinaire 25. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1,143 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Peut-on diagnostiquer la mort par submersion? par le docteur Bougier, in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1885, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Un vol. in-8 de 215 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Eléments d'anthropologie générale, par le docteur Topinard, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Un volume in 8 avec 229 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques, par le docteur Lebreton, in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

L'homœopathie dévoilée, par Henry Fleury, auteur du calcul infinitésimal fondé sur des principes rationnels, et précédé de la théorie mathématique de l'infini, etc., in-8 de 24 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, 1885. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les bandages, l'orthopédie et les appareils à pansements, par Rainal (Léon et Jules). Un volume grand in-8 de 294 pages et 782 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, 1885. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recueillies par M. W. Dubreuilh, interne des hôpitaux. Un volume in-8. — Prix : 7 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PYÉLO-NÉPHRITE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; recueillies par M. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Suite. — Voir le numéro 18.

II. — *Justification du diagnostic. — Les symptômes locaux dirigent le diagnostic du côté d'une affection rénale. — Motifs qui font éliminer la congestion rénale à forme typhoïde, la néphrite parenchymateuse aiguë, l'hydronéphrose, les abcès et les kystes des reins, la périnéphrite. — Les symptômes généraux font songer à la fièvre typhoïde. — Motifs de son rejet. — On arrive, par élimination, au diagnostic pyélo-néphrite. — De l'albuminurie au début de cette affection. — Cette pyélo-néphrite ne reconnaît aucune des causes habituellement signalées. — Elle est spontanée.*

II.

Quelle est donc la maladie singulière qui, après avoir, durant tant de jours, dérouté le diagnostic, frappe encore par des retours offensifs si fréquents et si soudains ? Je vous l'ai dit déjà, messieurs, il s'agit d'une *pyélite*, ou pour être plus exact, d'une *pyélo-néphrite*. L'heure est venue de justifier devant vous et ce diagnostic et cette dénomination, et pour ce faire, je m'en vais procéder par cette méthode classique qui porte le nom de « diagnostic par élimination ». Il est de toute nécessité que j'agisse ainsi, car l'affection dont vous venez d'entendre l'histoire est si exceptionnelle, si vraiment rare, du moins si rarement décrite, que malgré les recherches les plus patientes, je n'ai rien trouvé de précis sur elle, si ce n'est un ancien fait de M. Le Dentu, perdu dans la thèse inaugurale d'un de ses élèves (1) et quelques cas épars que je vous rappellerai bientôt. Donc établir la légitimité de notre diagnostic me semble d'une importance extrême, car je ne crois pas m'abuser en vous disant que cette observation aura une valeur réelle pour les écrivains qui tenteront de donner une description définitive de la pyélo-néphrite spontanée.

Vous avez encore présent à l'esprit ce mode de début par de la fièvre, de la céphalalgie, des douleurs lombaires et des modifications de l'urine telles, que le premier diagnostic fut celui de néphrite aiguë ; deux ordres de symptômes, en effet, concentraient sur eux l'attention.

Les premiers étaient des *symptômes d'ordre local* qui, pour ainsi dire, dirigeaient les idées du côté d'une affection du rein.

Pour parler de la plus simple et de la plus éphémère des maladies de cet organe, était-il possible que nous eussions affaire à cette *congestion rénale à forme typhoïde* dont je vous traçais récemment l'histoire ? La réponse, messieurs, est tout entière contenue dans la marche si particulière de la maladie qui nous occupe, marche dont les allures sont si dissemblables

(1) L. Amstein. *De la pyélo-néphrite spontanée.* THÈSE DE PARIS, 1869.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger

LONDRES : L'Institut sanitaire. — Le catalogue nosologique du collège des médecins. — Modifications à la loi sur les aliénés. — AMÉRIQUE : Le nombre des collèges et des étudiants. — ASIE CENTRALE : Une bibliothèque médicale inconnue.

— L'Institut sanitaire, fondé à Londres en 1876, a tenu récemment sa séance générale annuelle. Si l'on en juge par les termes de ce rapport, nous n'avons rien de semblable à lui opposer en France. Cette institution a pour but d'étudier les meilleurs moyens d'arriver à une statistique exacte des naissances et des décès. Elle se propose de centraliser annuellement les constitutions médicales du pays, les maladies endémiques et épidémiques locales ayant sévi pendant l'année. Elle se propose encore d'établir des relations constantes entre les divers offices sanitaires, médecins des épidémies, surveillance des nourrices et enfants en bas-âge, etc. Enfin, elle compte développer les progrès de l'hygiène à l'aide d'expositions et de bibliothèques spéciales.

— Le Collège des médecins de Londres avait publié en 1869 un index des noms de maladies et états morbides destiné aux praticiens, de manière à rendre plus exacte et plus unanime la rédaction, non seulement des ouvrages spéciaux, mais encore des pièces officielles. Une deuxième édition corrigée de ce catalogue vient de paraître, et, comme la première, elle a été distribuée à tous les médecins de l'Angleterre. Ce n'est point ici la place d'examiner si les retranchements effectués, les modifications faites, les mots nouveaux ajoutés, ont tous leur raison d'être ; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que le mieux est parfois l'ennemi du bien, et que des catalogues de ce genre, modifiés tous les dix ans, présenteront l'inconvénient de compliquer, bien inutilement, la bibliographie médicale. Un savant proposait récemment de revenir au latin et au grec, au moins pour les termes scientifiques, étant bien entendu que l'on conserverait tous les mots anciens. Cela ne serait peut-être pas inutile en médecine.

— Un amendement à la loi sur les aliénés vient de passer en

de celles que nous avons étudiées ensemble à propos de la congestion rénale; je ne vois guère d'analogies possibles que dans le mode de début, la réaction générale d'apparence typhique, l'albuminurie considérable dès les premiers jours, qui diminue rapidement, enfin l'absence d'œdème. Mais la présence du sang et des cylindres dans l'urine de la congestion rénale, la résolution rapide et définitive de celle-ci, séparent nettement cette affection de celle que nous discutons en ce moment et dans laquelle l'urine ne contient ni sang ni cylindres, mais se charge bientôt des produits d'une suppuration abondante et persistante; en outre, après la chute de la fièvre, la maladie sommeille encore sous les apparences d'une trompeuse résolution.

Quant à la *néphrite parenchymateuse aiguë*, vous savez déjà quelles raisons nous ont fait rejeter ce diagnostic porté tout d'abord; je vous les rappelle en quelques mots : du côté de l'urine, absence de cylindres, de sang, disparition rapide de l'albumine, suppuration précoce; du côté des autres symptômes, l'absence d'œdème. Néanmoins, quelques-uns d'entre vous, rappelant le passé pathologique du malade, se demandaient s'il n'était pas possible qu'une néphrite, datant de la scarlatine signalée dans les antécédents, se fût réveillée et eût subi une poussée aiguë. Or vingt-cinq ans se sont écoulés depuis cette scarlatine; durant cette longue période, la santé a toujours été parfaite et aucune modification urinaire, aucun œdème n'a jamais attiré l'attention de Léon R....., de sorte que cette hypothèse d'un mal latent soudainement activé me paraît dénuée de fondement.

Toutes ces suppositions, d'ailleurs, ne tombaient-elles pas d'elles-mêmes du jour où nous avions constaté une *tumeur* située dans la région du flanc gauche et paraissant faire corps avec le rein?

Cette tumeur, une fois reconnue, devenait la pierre d'achoppement du diagnostic; avant tout, l'on devait fixer son siège. Etant donnée la région qu'elle occupait, on ne pouvait guère songer qu'à la rate ou au rein, et comme une percussion attentive mettait la rate hors de cause, le siège rénal s'imposait.

Evidemment cette tumeur ne pouvait appartenir à une *hydronéphrose*, affection chronique non inflammatoire et reconnaissant pour cause essentielle un obstacle au cours de l'urine. Les mêmes raisons réduisaient à néant l'idée d'un *kyste du rein*, car je ne sache pas qu'on ait jamais observé un kyste du rein ou une hydronéphrose se développant avec cette rapidité et ce cortège de symptômes généraux.

Il est vrai qu'un kyste hydatique ancien peut s'enflammer et suppurer; mais, pour soulever cette hypothèse, faudrait-il au moins avoir quelque indice de l'existence antérieure d'un kyste hydatique, ou trouver dans l'urine quelque élément caractéristique, comme les crochets, par exemple, et je vous ai dit déjà que le dépôt urinaire examiné chaque jour n'a jamais contenu que des globules blancs.

Il ne reste donc que trois suppositions plausibles : l'abcès du rein, la périnéphrite, la pyélo-néphrite.

La néphrite suppurée avec *abcès du rein*, dont vous trouverez une excellente description dans le *Traité de pathologie interne* de M. le professeur Jaccoud, débute par des frissons, de la fièvre, des douleurs lombaires et des vomissements, mais le rein est rarement assez augmenté de volume pour qu'on puisse le palper à travers la paroi abdominale. L'urine est rare, haute en couleur, sans albumine, à moins qu'elle ne contienne du sang; enfin elle ne renferme du pus que lorsque l'abcès s'est ouvert dans le bassinet. Ici, au contraire, il y eut dès le début une énorme albuminurie rapidement dissipée; l'urine se maintint entre 1,250 c. c. et 2,200 c.c.; le pus apparut, sinon d'emblée, du moins de très bonne heure, bien avant la période véritablement inquiétante de la maladie et la constatation de la tumeur. Voilà, ce me semble, des motifs suffisants pour éliminer l'abcès du rein.

Vous venez de voir à quelles suppositions erronées pouvaient conduire les symptômes locaux. Il en était de même des *phénomènes généraux* qui, isolés, donnaient l'impression d'une fièvre typhoïde et qui, associés à la tumeur et aux modifications de l'urine, tenaient le diagnostic entre la périnéphrite et la pyélo-néphrite.

Mais ce début brutal, ce frisson, ces douleurs rénales, saisissant notre homme après un refroidissement certain, cette tumeur, cette urine purulente, n'étaient-ce pas là des signes suffisants pour nous faire renoncer bien vite à la *dothiénentérie*, même à la forme rénale de celle-ci? Et quant à la *périnéphrite*, l'absence de tuméfaction et de toute douleur spontanée ou provoquée dans la région lombaire, l'albuminurie d'emblée, l'urine primitivement purulente, ne l'écartaient-ils pas, elle aussi, d'une manière irréfragable?

Donc, par le procédé de l'élimination, c'est la *pyélo-néphrite*

---

deuxième lecture à la Chambre des communes. Les modifications apportées à la loi tendraient, paraît-il, à la suppression, dans un temps prochain, des asiles privés. Mais les avis sont fort partagés sur la question des petits ou des grands asiles. D'une part, les asiles privés n'offrent pas tous, semble-t-il, toutes les garanties de bien-être désirables. D'un autre côté, surveillés par un médecin indépendant qui ne prendrait aucune part aux bénéfices, ils seraient préférables pour les malades, en raison de leur ressemblance avec la vie de famille, ce qui est incompatible avec la tenue disciplinaire et forcément uniforme des grands établissements qui renferment de nombreux malades. Enfin, la question des certificats d'admission et de sortie et l'autorisation nécessaire des magistrats sont encore l'objet de discussions pendantes. Les uns veulent que le magistrat vise après le médecin, ce qui enlève à celui-ci une responsabilité qu'il ne peut conserver; d'autres voudraient deux médecins agissant conjointement. Il sera utile de connaître exactement le texte du nouveau « bill », lorsqu'il aura été définitivement adopté par le Parlement.

— D'après le dernier rapport présenté au commissaire de l'Education des Etats-Unis, le nombre des Ecoles de médecine et celui des étudiants auraient considérablement augmenté depuis douze ans. En effet, en 1873, les écoles médicales étaient au nombre de 94; elles s'élèvent aujourd'hui à 134, dont 7 homœopathiques. Le nombre des étudiants, qui s'élevait en 1873 à 8,680, dépasse aujourd'hui 15,000.

— M. de Ujfalvy a fait connaître à la Société d'anthropologie qu'un de ses amis, M. Panagiotis Potagos, voyageur grec qui vient de traverser l'Asie depuis la Mésopotamie jusqu'aux confins extrêmes de la Mongolie, a dû séjourner quelque temps à Faizabad, dans l'Asie centrale. Il a pu constater dans cette ville l'existence d'une fort belle bibliothèque, dans laquelle il a trouvé les traductions des œuvres d'Hippocrate, de Galien et beaucoup d'autres ouvrages de médecine.

Dr A. Dureau.

qui s'impose et, de fait, les bonnes raisons ne manquent pas pour la justifier, depuis le début inflammatoire jusqu'aux changements de l'urine, jusqu'à l'apparition du pus, corps du délit, coïncidant avec la tumeur du flanc gauche. Aussi tout cela constitue-t-il un ensemble de preuves assez luxueux pour qu'il soit inutile d'insister davantage. Et cependant, il existe une dernière objection qu'il est nécessaire d'abattre, c'est celle qui s'appuierait sur l'intense albuminurie des premiers jours pour mettre en doute notre diagnostic. Cette albuminurie n'est pour moi que la traduction de la réaction du processus pyélitique originel sur le rein, en même temps que ce dernier subit certainement une action de voisinage; et c'est pourquoi, au lieu de dire simplement pyélite, je préfère le terme de pyélo-néphrite, lequel tient compte de cette détermination rénale qui, dans le cas actuel, me paraît avoir été l'un des points marquants de la maladie. D'ailleurs, messieurs, l'albuminurie des premiers jours de la pyélite est plutôt un fait oublié qu'une chose rare ou nouvelle; Rayer l'avait indiquée très nettement, et moi-même j'ai eu l'occasion de la constater à un haut degré d'intensité dans deux cas de pyélite d'origine calculeuse.

La pyélo-néphrite étant admise, quelle en est la *cause?* Il faut avouer que, dans le cas présent, l'on ne reconnaît aucune des conditions étiologiques habituelles de la pyélite. Quelque minutieuse qu'ait été notre enquête, nous n'avons pu trouver aucun accident imputable à la lithiase rénale, qui figure d'ordinaire au premier rang de l'étiologie des pyélites. Le malade n'avait pas de blennorrhagie ancienne ou récente; il n'avait point absorbé de balsamiques ni eu de vésicatoires; il ne relevait d'aucune maladie, par conséquent il n'était pas possible de rapporter son affection à ce travail morbide qui s'effectue quelquefois au niveau du bassinet dans le décours des fièvres graves et dont j'ai donné jadis la description. Enfin, on ne trouvait aucune affection uréthrale, prostatique ou vésicale qui pût donner la clef de cette obscure étiologie. Cette dernière étant ainsi épuisée dans sa teneur classique, on était en droit de conclure, provisoirement au moins, au caractère primitif du mal et d'admettre qu'il s'agissait d'une *pyélite spontanée à frigore*.

(A suivre.)

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME COMPARÉE A L'HYSTÉRIE CHEZ LA FEMME,

par M. GEORGES GUINON, interne des hôpitaux.

L'hystérie mâle n'est pas aussi rare qu'on le croit vulgairement. M. le professeur Charcot en a montré dernièrement six exemples typiques dans ses leçons, et ces six cas ne constituent que la moitié d'une série de douze hystériques mâles, que nous avons pu observer pendant les trois premiers mois de cette année. Le service de clinique des maladies nerveuses réunit, il est vrai, les meilleures conditions pour rassembler les cas de ce genre, restés ignorés ou méconnus ailleurs; mais pour qu'il s'en soit trouvé à la fois un aussi grand nombre, dans un aussi court espace de temps, il faut évidemment que la maladie ne soit pas d'une rareté extraordinaire. D'ailleurs, dans un travail fait à la clinique, sous la direction de M. Charcot, on a pu réunir 218 cas d'hystérie mâle, publiés dans divers recueils. Ce chiffre en dit assez par lui-même et il existe assurément, dans la littérature médicale, quantité de maladies pour lesquelles on ne pourrait pas rassembler un nombre de cas certains aussi imposant. Malgré cela, l'idée d'hystérie chez l'homme rencontre encore des adversaires; elle n'est pas bien acclimatée, mais l'on s'y fera à mesure que les cas augmenteront, ou du moins qu'on saura mieux les interpréter.

Ce qui s'oppose d'ailleurs beaucoup à ce que l'on admette l'hystérie chez le mâle, c'est qu'on s'en fait une idée fausse chez la femme. L'hystérie est une, dit-on; elle doit se présenter, chez l'homme, avec les mêmes signes que chez la femme, et chez celle-ci, ce qui domine dans la symptomatologie de l'affection, c'est la mobilité, l'instabilité des signes, l'allure changeante, la marche capricieuse de la maladie. Partant de là, on nie des cas parfaitement caractérisés d'hystérie mâle, pour les rapporter à telle ou telle affection nerveuse qui simule plus ou moins une partie, rarement la totalité des symptômes présentés par le malade. La névrose, chez la femme, est cependant assez bien connue aujourd'hui pour que l'on puisse éviter une aussi grossière erreur. Non, la marche de l'hystérie n'est pas capricieuse dans un grand nombre de cas; non, les symptômes ne sont pas mobiles, fugaces; au contraire ils sont souvent permanents, tenaces, et la preuve en est que, depuis longtemps, M. Charcot désigne sous le nom de *stigmates hystériques*, mot qui n'implique, je suppose, aucune idée d'instabilité ni de fugacité, un certain nombre de troubles enracinés que présentent les femmes hystériques, celles tout au moins qui sont atteintes de la grande hystérie ou hystéro-épilepsie. Le plus important des stigmates est l'*anesthésie*, qui se montre, tantôt généralisée, tantôt limitée à une moitié du corps ou disséminée par plaques. Et cette anesthésie n'est pas seulement sensitive, elle porte également sur les sens spéciaux, l'ouïe, l'odorat, le goût et surtout la vision, le *rétrécissement concentrique du champ visuel* accompagné de dyschromatopsie étant un signe presque pathognomonique de l'hystérie. Si l'on veut bien, dès lors, se conformer à la réalité et modifier cette idée fausse que l'on se fait de l'hystérie chez la femme, on verra qu'il n'existe aucune différence capitale entre les deux sexes, et que la maladie présente, dans l'un comme dans l'autre, un aspect tout à fait identique. C'est un point qu'il est, d'ailleurs, facile de vérifier, en étudiant les observations des malades.

Observation I. — Rig..., 44 ans, entré à la Salpêtrière en mai 1884. Dans les antécédents héréditaires, on trouve : le père atteint d'attaques de nerfs, trois collatéraux épileptiques, deux enfants hystériques et un faible d'intelligence. Dans les antécédents personnels, on note le rhumatisme, qui a produit des déformations des mains. En 1876, premier accident, plaie de l'avant-bras, section d'une veine, anémie considérable dont le malade fut long à se remettre. En 1882, deuxième accident : il faillit être écrasé par un tonneau dans un escalier de cave. A la suite de cet accident, perte de connaissance, début des hallucinations nocturnes terrifiantes, et dix jours après, première attaque d'hystéro-épilepsie. Cette attaque est tout à fait caractéristique. Elle naît soit spontanément, soit par la pression sur un point hystérogène situé au-dessous des dernières fausses côtes droites. Elle est précédée des deux auras : douleurs précordiales, constriction du cou avec sensation de boule, sifflements dans les oreilles et battements dans les tempes; ces deux derniers phénomènes constituent l'aura céphalique. Elle est divisée en quatre périodes bien nettes : dans la première, le malade esquisse quelques convulsions épileptiformes. Puis vient la période des grands mouvements de salutation, contorsions, arc de cercle; puis les attitudes passionnelles, en rapport avec un délire sombre, vision d'animaux affreux, ressouvenir de la scène de la

cave. Enfin délire post-hystéro-épileptique dans lequel il reconnaît les personnes, mais voit toujours des bêtes noires où cherche les traces des morsures qu'il croit porter sur ses bras. L'attaque est alors finie et le retour à l'état normal complet, pourvu qu'une seconde crise ne se produise pas presque tout de suite pour commencer une série de trois ou quatre après lesquelles le malade est définitivement revenu à lui.

Les *stigmates hystériques* sont chez le malade très caractéristiques. Ils consistent en une anesthésie en plaques très étendue, en un double rétrécissement du champ visuel et en une obnubilation complète de l'ouïe à gauche. Ces troubles ont résisté à tout traitement et persistent tels quels depuis trois ans.

Dans l'état mental du malade, ce qui domine, c'est la tristesse. Il est peureux, ne peut dormir sans lumière et est sujet à des hallucinations hypnagogiques terrifiantes.

Observation II. — Gil..., 32 ans, doreur sur métaux, entré à la Salpêtrière en janvier 1885. Rien dans les antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, on note une tendance à la solitude et à la rêverie dès l'enfance, le somnambulisme à dix ans, l'alcoolisme, la masturbation (qui dure encore aujourd'hui) et l'abus du coït.

Première attaque à l'âge de vingt ans, sans cause occasionnelle. Puis après des crises assez fréquentes pendant un certain temps, amélioration considérable. En 1880, le malade est victime d'une agression nocturne, reçoit un coup sur la tête, dans la région pariétale droite, et, à partir de ce moment, les attaques reviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes, en même temps que s'établit une céphalalgie intense, assez imparfaitement localisée à gauche. Inefficacité absolue du bromure de potassium.

Stigmates hystériques : Hémianesthésie gauche complète au toucher, à la piqûre et au froid. Obnubilation notable du goût, de l'odorat et de l'ouïe à gauche. Rétrécissement très accentué du champ visuel à gauche, avec achromatopsie complète du même côté. Points hystérogènes : deux sous-mammaires, droit et gauche, un dans la fosse iliaque droite, point *pseudo-ovarien*.

Attaque. — Spontanée ou provoquée. — Dans les deux cas, précédée d'une aura purement céphalique, tellement rapide que la perte de connaissance arrive quelquefois avant que le malade ait eu le temps de se jeter sur son lit. — Première période : convulsions épileptoïdes. — Deuxième période : grands mouvements de salutation, contorsions, arc de cercle. — Troisième période : accès de rire convulsif ou crise de larmes. Quelquefois, pendant l'attaque, morsure de la langue et miction involontaire. Néanmoins, pas d'épilepsie, absence absolue d'élévation de la température pendant l'attaque.

Quant à la question de lésion cérébrale, tumeur par exemple, qui aurait pu être soulevée par la présence des attaques épileptoïdes combinées avec une douleur de tête, mal localisée d'ailleurs, elle est écartée par l'observation de l'attaque, l'absence de paralysies, la présence de stigmates hystériques, l'absence de lésions du fond de l'œil.

Observation III. — Gui..., 27 ans, serrurier, entré à la Salpêtrière en février 1884. Pas d'antécédents héréditaires. Histoire du malade : caractère peureux dans l'enfance, et, dans la jeunesse, abus de la boisson et des femmes. Homme fort, bien musclé et intelligent d'autre part. En 1879, coup de couteau dans l'œil gauche, énucléation de l'œil, retour complet à la santé. En 1882, début des hallucinations hypnagogiques. La même année, deuxième accident (chute d'un troisième étage), coup sur la tête, suivi de perte de connaissance. Quelque temps plus tard, vomissements incoercibles avec spasmes du pharynx et de l'œsophage.

Stigmates hystériques. — Hémianesthésie droite complète. Obnubilation de l'odorat et de l'ouïe du même côté. Absence complète du goût dans toute la région gustative de la langue. Rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel à droite (l'œil gauche a été énucléé) avec achromatopsie de toutes les couleurs, sauf du rouge. Ces stigmates ont résisté à toute espèce de traitement.

Tremblement du bras droit, oscillations de petite étendue agitant le bras et l'avant-bras, au nombre de cinq par seconde, non exagérées par les mouvements volontaires.

Zones hystérogènes. — Testicule droit, épididyme et cordon jusque dans l'anne. Ce point est superficiel et profond, c'est-à-dire que le pincement de la peau du scrotum produit l'attaque comme la pression sur le testicule ou le cordon. Point superficiel au voisinage du pli du coude, sur l'avant-bras droit.

Attaque. — Toujours précédée de l'aura ordinaire et de l'aura céphalique. — Première période : convulsions épileptoïdes. — Deuxième période : grands mouvements de salutation, contorsions d'une violence excessive, positions les plus bizarres et les plus excentriques (*clownisme*). Toute cette phase de l'attaque est extrêmement belle chez le malade. Pas d'attitudes passionnelles, ni d'hallucinations. Mais, après l'attaque, on observe constamment une aphasie d'une durée de dix à quinze minutes pendant laquelle le malade émet quelques sons inarticulés, mais est incapable de prononcer un seul mot. Cette aphasie a persisté une fois pendant six jours, et la parole est subitement revenue à la suite d'une attaque.

Observation IV. — Mar..., 16 ans, entré à la Salpêtrière le 29 avril 1884. Antécédents héréditaires : grand-père alcoolique, mère hystérique. Antécédents personnels : strume dans l'enfance, caractère très violent. Il y a deux ans, grande frayeur à la suite d'une prétendue agression dont il aurait été victime. A la suite de cette peur, apparition d'hallucinations et de cauchemars, et, quinze jours après, début des attaques.

Stigmates hystériques. — Anesthésie en plaques disséminées. Obnubilation des sens : ouïe, goût, odorat à gauche. Double rétrécissement du champ visuel, plus accentué pour l'œil gauche, qui ne distingue pas le violet. Persistance très marquée de ces troubles, fait qui imprime à la maladie, au point de vue du pronostic, un caractère de durée et de gravité qui ne se rencontre habituellement pas au même degré chez les jeunes garçons de cet âge.

Point hystérogène. — Un seul, dans la fosse iliaque gauche; point pseudo-ovarien.

Attaque. — Toujours précédée de l'aura vulgaire et de l'aura céphalique. — Première période : phase épileptoïde. — Deuxième période : grands mouvements de salutation, contorsions et arc de cercle. — Troisième période : phase des attitudes passionnelles, quelquefois marquée par un délire gai; le plus souvent, surtout quand l'attaque a été provoquée, par un délire sombre et furieux.

Observation V. — Fall..., 21 ans, entré à la Salpêtrière en mars 1885. Père alcoolique. Pendant l'enfance, caractère peureux; cauchemars et hallucinations terribles fréquentes. En novembre 1884, choléra. Pendant la convalescence, à deux reprises différentes, grande frayeur causée la première fois par la vue d'un cadavre; la seconde, par une mauvaise plaisanterie des malades de la salle d'hôpital où il était. A partir de ce moment, apparition des attaques.

Stigmates hystériques. — Anesthésie en plaques; diminution du goût et de l'odorat à gauche; rétrécissement du champ visuel à droite; points hystérogènes consistant en larges plaques d'hypéresthésie disséminées un peu partout, sur le tronc, la tête et les membres.

Attaque. — Précédée constamment des deux auras; phase épileptoïde, période des grands mouvements et arc de cercle, attitudes passionnelles.

Dans les cinq cas précédents, la névrose s'est présentée avec son cortège de symptômes convulsifs et ses stigmates habituels. C'est bien, à n'en pas douter, la grande hystérie, l'hystéro-épilepsie à crises mixtes, telle qu'elle a été décrite chez la femme par M. Charcot. Mais, à côté de cette forme

normale, pour ainsi parler, de la maladie, on a signalé un certain nombre de formes de l'hystérie dans lesquelles l'attaque se présente avec un aspect différent. De même que nous avons constaté la forme ordinaire chez l'homme, nous pouvons également rencontrer chez lui ces formes anormales. L'observation suivante en est la preuve. Chez ce malade, l'attaque est identique à celle que M. Ballet a décrite sous le nom d'*attaque d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (Ballet et Crespin : ARCH. DE NEUROL., 1884, nos 23 et 24).

Observation VI. — Ly..., 22 ans, maçon, entré à la Salpêtrière le 24 mars 1885. Antécédents héréditaires : père alcoolique; la grand'mère maternelle, la mère, sont hystériques. Antécédents personnels : faiblesse d'intelligence très marquée dès l'enfance. Alcoolisme; rhumatisme il y a trois ans. La même année, le malade souffre d'un ver solitaire dont il se débarrasse facilement; mais la vue du tænia produit sur lui une impression vive qui se manifeste par quelques troubles nerveux. Il y a un an, il se dispute avec un camarade qui lui jette une pierre. Frayeur violente, perte de connaissance et quinze jours après début des attaques.

Stigmates hystériques. — Anesthésie bilatérale en plaques disséminées. Rétrécissement considérable du champ visuel des deux côtés et diplopie monoculaire. Points hystérogènes : à droite, au niveau de la clavicule, et au-dessous des dernières fausses côtes.

Attaque. — Toujours précédée d'aura gastrique et de constriction du cou. Mais, en outre, avant l'attaque, le malade sent sa langue qui est attirée vers la gauche. Puis perte de connaissance, torsion de la langue dans la bouche, déviation en masse de la face vers la gauche, torsion du cou du même côté et enfin participation de tout le corps à ce mouvement vers la gauche, le malade finissant par être complètement couché sur le côté, pendant que les membres supérieurs se roidissent, les jambes restant à peu près complètement flasques. Après cette phase de convulsions toniques, paraît la période clonique dans laquelle les membres sont agités de vibrations fréquentes et de peu d'étendue, tandis que la face est le siége de secousses brusques. Cette partie de l'attaque pourrait simuler l'épilepsie vraie ou même l'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale s'il n'y avait pas absence complète des autres signes de cette dernière affection et présence des stigmates hystériques. Mais la fin de l'attaque est assez caractéristique par elle-même pour permettre d'en affirmer la nature hystérique. En effet, une fois les convulsions cessées, le malade se met à parler comme en rêve, injuriant son camarade avec qui il s'était battu autrefois, ou cherchant à se débarrasser d'un ver solitaire (il prononce ce mot très distinctement dans son délire) qui enlacerait sa jambe et monterait le long de sa cuisse. Pendant une période d'un mois, depuis son entrée à l'hôpital, les attaques ont toujours présenté cette forme. Aujourd'hui, elles sont modifiées et ont pris l'aspect de la grande attaque hystéro-épileptique, telle qu'on la voit chez la femme.

Ainsi nous venons de voir l'analogie complète de l'hystérie dans les deux sexes, non seulement dans sa forme ordinaire, mais encore dans ses formes anormales. Mais la névrose ne se rencontre pas toujours chez la femme avec tout son bruyant cortège de symptômes convulsifs. L'hystérie peut bien se manifester chez elle, et le fait est fréquent, par quelque trouble variable, le nombre en est considérable, sans accompagnement nécessaire de l'attaque. C'est ce qui constitue les formes frustes, larvées, de l'hystérie. Pour que le tableau soit complet, pour que l'analogie soit absolue, on doit également trouver chez l'homme ces formes frustes, et on les trouve en effet. Chez le malade dont l'observation suit, les attaques ont manqué; seule, une monoplégie, accompagnée, il est vrai, des inévitables stigmates, s'est présentée comme symptôme de la maladie.

Observation VII. — Pin..., 18 ans, maçon, entré à la Salpêtrière le 11 mars 1885. Antécédents héréditaires : père alcoolique, sœur hystérique. Antécédents personnels : incontinence d'urine à cinq ans. Peu intelligent étant enfant, peureux et incapable de dormir sans lumière. Dès l'âge de neuf ans allait coucher sous les ponts et fuyait la maison paternelle. A seize ans, rhumatisme articulaire aigu suivi de cardiopathie. Le 22 mai 1884, dans une maison en construction, il tombe d'une hauteur de 2 mètres et se contusionne le bras et l'épaule gauches. Perte de connaissance. Trois jours après, faiblesse du bras gauche, avec anesthésie du membre gauche constatée à l'hôpital. Quinze jours après sa chute entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate une insuffisance aortique, une paralysie du bras non encore absolue, mais qui devait se compléter huit jours plus tard; une hémianesthésie complète et un double rétrécissement du champ visuel. L'aimant ramena la sensibilité dans une partie du côté gauche, mais ne put la faire recouvrer au membre paralysé.

Etat actuel. — Paralysie flasque du bras gauche complète. Anesthésie de tout le membre supérieur embrassant le moignon de l'épaule et perte absolue du sens musculaire. Pas d'atrophie musculaire, pas d'exagération nette des réflexes. Rétrécissement considérable du champ visuel à gauche; obnubilation du goût, de l'odorat et de l'ouïe du même côté.

La présence de l'anesthésie et de sa distribution, des stigmates hystériques, l'absence de tout autre signe, permettent d'éliminer les hypothèses de contusion du plexus brachial, lésion embolique de l'écorce cérébrale, tumeur cérébrale.

Le 15 mars, en examinant la sensibilité, on trouve les *points hystérogènes* sous-mammaires, inguinal et testiculaire. La pression sur ces points donne naissance aux deux auras, qui sont bientôt suivies de la *première attaque* que le malade ait jamais eue. Elle est classique : phase épileptoïde, période des grands mouvements de salutation et arc de cercle, attitudes passionnelles avec hallucinations tristes et délire furieux.

Le 17 mars, nouvelle attaque.

Le 19 mars, deux attaques.

Le 21 mars, nouvelle attaque, *à la suite de laquelle le bras a récupéré ses mouvements.*

Le 22 mars, M. Charcot *reproduit facilement la paralysie par la suggestion* à l'état de veille.

Le 23 mars, une attaque vient de nouveau délivrer le malade. La suggestion est impuissante à ramener la paralysie.

Le 24 mars, une attaque reproduit la paralysie.

Le 25, une autre attaque ramène les mouvements, et, depuis, aucune suggestion n'a pu les abolir de nouveau. Le bras est très faible, mais le malade s'en sert bien. L'anesthésie, la perte du sens musculaire persistent, ainsi que le rétrécissement du champ visuel et les autres troubles sensoriels.

On voit par les sept observations qui précèdent l'analogie considérable qui existe entre les deux sexes. La seule différence presque constante qu'il soit permis de noter, c'est l'absence d'idées gaies chez l'hystérique mâle. Un certain nombre d'entre eux sont sombres et taciturnes dans l'intervalle des crises; tous pendant l'attaque sont furieux, et, chez aucun, on ne constate ce délire gai, souvent érotique, qui caractérise fréquemment la période des attitudes passionnelles chez la femme. Il est inutile d'insister de nouveau sur la permanence des symptômes fondamentaux : cette stabilité est un signe de toute hystérie grave et tenace, chez l'homme comme chez la femme.

Mais il est un point qui présente un intérêt bien plus considérable dans toutes nos observations; je veux parler de la cause occasionnelle des premières manifestations hystériques chez nos malades. Chez les uns, le traumatisme lui-même, plaie, coup sur la tête; chez les autres, la frayeur occasionnée

par un accident, le « shock », a marqué le début des troubles nerveux. Des faits de ce genre ont été récemment étudiés en Angleterre par M. Page et en Amérique par MM. Putnam et Walton à la suite des accidents de chemins de fer. Les troubles qu'ils ont observés sont bien ceux de l'hystérie, et l'on comprend quel intérêt s'attache à cette question envisagée au point de vue médico-légal, lorsque les victimes de collisions, déraillements, etc., demandent aux Compagnies des dommages-intérêts. Plus récemment, en Allemagne, MM. Oppenheim et Thomsen ont observé des faits qui ressemblent exactement à ceux de MM. Putnam et Walton, mais ils ne veulent pas les rapporter à l'hystérie. Se fondant sur ce fait que l'hystérie est une maladie à symptômes capricieux et changeants, tandis que les phénomènes par eux constatés sont d'une ténacité remarquable, ils veulent faire de ces troubles, survenant à la suite des accidents de chemins de fer, une maladie à part, non encore décrite et qui mérite une place séparée dans les cadres nosologiques. Il n'en est rien, c'est bien dans l'hystérie qu'il faut ranger tous ces faits. Mais, pour cela, il faut la bien connaître et ne pas s'en faire une idée fausse, préconçue, malheureusement trop généralement répandue, bien qu'elle soit en contradiction avec la réalité.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES CAS DE FRACTURES SPONTANÉES OBSERVÉES A L'HÔTEL-DIEU, dans le service de M. le professeur RICHET, par L. PICQUÉ.

Suite. — Voir le numéro 18.

Lésions organiques. — Le seul cas que nous ayons observé est relatif à un cancer secondaire de l'humérus.

Voici d'abord le fait :

Cancer du sein. — Récidive dans l'humérus du côté opposé. — Fracture. — La nommée D... (Antoinette), âgée de 53 ans, entre le 14 janvier 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, no 3, dans le service de M. le professeur Richet.

Cette malade raconte qu'il y a deux ans elle a été opérée d'une tumeur qu'elle portait au sein gauche, par M. Kirmisson, qui la considéra comme de nature maligne. Six mois après, elle commença à ressentir dans le bras droit des douleurs d'abord sourdes et peu accentuées, puis lancinantes, qui persistèrent pendant quinze mois. Au bout de ce temps, elle reconnut l'existence d'une tuméfaction peu considérable de son bras.

Il y a cinq mois environ, en soulevant un objet assez lourd, elle sentit un craquement suivi immédiatement d'une impotence fonctionnelle absolue.

État actuel : Au niveau de la région mammaire gauche, on trouve une cicatrice linéaire étendue jusqu'à l'aisselle, mobile sur les parties sous-jacentes, souple, indolente spontanément et à la pression.

L'humérus droit est le siège d'un gonflement fusiforme ayant son maximum vers la partie moyenne de l'os.

Ce gonflement est lisse à sa surface, de consistance osseuse et égale dans tous les points ; la pression réveille la douleur, mais ne donne pas lieu au phénomène de la crépitation. Il existe une mobilité anormale peu prononcée. L'impotence fonctionnelle est complète. L'état général est excellent.

Le bras a été placé, dès l'entrée de la malade, dans une gouttière plâtrée. Le 15 avril, c'est-à-dire après trois mois d'immobilisation, on retrouve une mobilité semblable. La tumeur n'a pas augmenté de volume. L'état général est resté très satisfaisant.

Diathèse cancéreuse. — Quoique rarement observée, l'influence de la diathèse cancéreuse semble cependant appuyée sur des observations probantes.

Dans un cas communiqué par M. le professeur Verneuil à Bourras (TH. INAUGURALE, 1879), il s'agissait d'une femme de 35 ans, atteinte depuis dix-huit mois d'un cancer ulcéré du sein avec généralisation dans le fémur *gauche*, et qui se brisa le fémur *droit* en se retournant brusquement dans sa chambre. A l'entrée de la malade à l'hôpital. M. Verneuil put constater sur le membre, qui était fort maigre, l'absence de toute tumeur préexistante ; du reste, le gonflement était peu prononcé et le déplacement à peu près nul.

La malade étant morte le septième jour, l'autopsie permit de constater qu'il n'existait en réalité aucune tumeur au niveau du foyer de la fracture. Un fait semblable a été rapporté par le professeur Richet ; il est signalé seulement dans la thèse de Borel : il s'agissait d'une dame qui se fractura la cuisse en montant en voiture. M. Richet, appelé en consultation par M. Oulmont, reconnut la fracture, mais ne constata l'existence d'aucune tumeur appréciable ; quelque temps après, la malade lui montrait l'existence d'une petite tumeur ulcérée du sein, qu'elle portait depuis plusieurs années. Notre maître crut devoir porter un pronostic grave ; cependant, cette fracture se consolida au bout de deux mois.

Dans l'observation de M. Verneuil, l'autopsie démontra l'absence de tumeur ; c'est donc là une constatation importante. Le dernier cas fournit une preuve indirecte du même fait. Les tumeurs malignes peuvent en vérité se consolider quelquefois ; mais ces consolidations surtout observées dans l'ostéosarcome ne sont ordinairement que temporaires ; elles semblent exceptionnelles quand il s'agit de carcinome. Il est donc vraisemblable de rejeter, du moins dans la grande majorité des cas, l'idée d'une tumeur locale et d'évoquer une friabilité osseuse sous l'influence de la diathèse cancéreuse.

Tumeurs des os. — Ce sont les cas les plus fréquents ; ordinairement, il s'agit d'un néoplasme primitif ou secondaire ; dans notre cas, la tumeur est secondaire ; elle a succédé à un carcinome du sein : c'est donc vraisemblablement un carcinome de l'humérus.

La question de la consolidation des fractures spontanées au niveau d'un cancer a donné lieu récemment, à la Société de chirurgie, à une discussion à propos d'un cas observé par M. Humbert à l'Hôtel-Dieu à l'époque où il remplaçait M. le professeur Richet.

Il semble que cette consolidation soit rare. — Boichoix (Thèse inaug., 1874), Chibrac (Th., 1879), Borel (Th., 1879), n'en citent aucun exemple; ce dernier la considère même comme impossible.

L'observation précédemment citée de M. Richet n'a pas trait, nous le savons, au cas qui nous occupe, et dans les trois observations qu'il a publiées dans la REVUE MÉDICALE FRANÇAISE (1873), à la Société de chirurgie (1858) et dans la thèse de Chibrac, il n'est fait aucune mention de consolidation.

Il faut d'ailleurs distinguer l'ostéo-sarcome, la tumeur qu'on rencontre le plus souvent dans l'os, et le carcinome, ordinairement secondaire, comme dans notre cas.

Dans le premier cas, Cornil et Ranvier admettent que quelquefois il peut se former des îlots de cartilage qui aboutissent rarement à la formation d'un cal, et, si parfois il semble y avoir quelque masse solide entre les fragments, elle ne tarde pas à être rapidement détruite.

Dans le carcinome, au contraire, MM. Cornil et Ranvier déclarent n'avoir jamais pn suivre le moindre travail de consolidation.

Les auteurs qui ont récemment écrit sur cette question, Schwartz (Th. agrég., 1880), Terrier (PATH. GÉN.), bien qu'admettant la possibilité d'un cal, n'hésitent pas à considérer la consolidation comme tout à fait passagère.

M. Terrillon, dans son rapport (Soc. DE CHIR., 18 févr. 1885), rapporte le cas d'un malade observé par lui dans le service de M. Guérin et qui préeentait dans un ostéo-sarcome du tibia un cal, facile à conetater, mais déjà envahi par le sarcome.

La récente discussion a produit des faits intéressants et des remarques instructives de la part des chirurgiens, mais la question, on doit le reconnaître, a fait peu de progrès.

Tandis que M. le professeur Verneuil considère cette consolidation comme paradoxale, Desprée rapporte deux cas où il l'a constatée.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui eut une fracture du fémur consécutive à la présence d'un néoplasme. La fractnre se consolida et la malade survécut une année.

Le deuxième fait est relatif à un homme qui se fit une première fracture à l'occasion d'un traumatisme léger. Il existait une tumeur volumineuse; néanmoins la consolidation se fit au bout d'un mois; un effort peu considérable reproduisit la fracture un mois après; il y eut une nouvelle consolidation, mais le malade ne tarda pas à succomber à la cachexie. Cette observation n'a pas l'intérêt de la première : ici la consolidation passagère rentre dans les cas déjà connus; il est au contraire exceptionnel de voir une consolidation persister durant une année.

De tout ceci, il faut conclure, en résnmé, et avec les anteurs classiques, que la consolidation est possible au moins dans l'ostéosarcome, mais qu'elle a en général uné durée passagère. Dane le carcinome, au contraire, on peut admettre l'opinion de M. Verneuil, et notre observation contribue à l'affirmer. Chez notre malade, il ne pouvait être question d'intervention chirurgicale, et l'on se contenta d'une immobilisation rigoureuse, seule susceptible de snpprimer les douleurs vives qu'elle ressentait.

Après trois mois de ce traitement, on ne put constater aucune augmentation de volume; la tumeur était restée stationnaire, et cependant il n'existait aucune tendance à la consolidation.

(A suivre.)

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉVRALGIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR, par M. le docteur CH. TURBERT. — Th. doct. Paris, 1884. — A. Parent, imprimeur.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de classer et de passer successivement en revue toutes les variétés de névralgies du membre supérieur qui ne relèvent ni du traumatisme ni de toute autre lésion organique primitive (tumeurs, exostoses, etc.), ayant provoqué la douleur en agissant directement sur le tronc nerveux.

L'histoire des névralgies dn membre supérieur est encore fort courte. Quelques faits rapportés par Cotugno, Chaussier, Franck, Valleix, Bomberg, Michal et Bergson constituaient tout le bilan de la question lorsque, en 1864, Lasègue attira l'attention sur ce point jusque-là négligé. La thèse du docteur Choussy parue en 1869 et celle du docteur Borne (1874) sont les premiers travaux où l'étiologie générale de ces névralgies ait été étudiée. Reprenant la question en sous-ordre, M. Turbert y a ajouté quelques observations personnelles et un bon nombre de faits publiés sur ce sujet dans ces dernières années.

L'auteur se demande tout d'abord pourquoi les névralgies du membre supérieur sont on semblent être si rares comparativement à celles du membre inférieur. Quelle raison invoquer pour expliquer cette dissemblance? Est-ce parce que les états douloureux du plexus brachial sont généralement moins caractérisés, parce qu'ils « n'arrêtent pas » le malade, comme le fait la sciatique? Peut-être aussi, et c'est là une remarque qui nous paraît juste, parce que dans la clinique courante on a l'habitude de mettre sur le compte du rhumatisme tous les états douloureux fugaces ou mal définis des membres supérieurs. Aux membres inférieurs, au contraire, toute douleur accusée évoque le soupçon de névralgie sciatique; on s'enquiert aussitôt des points douloureux, et si la névralgie existe on la reconnaît. Inversement, il est rare qu'on examine les trajets nerveux du membre supérieur; on néglige cette enquête. La névralgie n'est pas d'*usage* dans le diagnostic des états douloureux du membre supérieur; voilà pourquoi elle y est souvent méconnue. Il faut dire aussi que le voisinage des organes contenus dans le petit bassin et la fréquence du retentissement de leurs états pathologiques sur le nerf sciatique, les lésions organiques de la moelle inférieure, créant de fausses sciatiques, expliquent suffisamment la plus grande fréquence des névralgies du membre inférieur.

L'auteur donne ensuite une courte description de la névralgie cervico-brachiale. Il distingue deux formes : l'une *légère*, fugace, cédant facilement; l'autre *grave*, tenace, s'accompagnant de troubles variables de la sensibilité cutanée (anesthésie ou hyperesthésie) et quelquefois même de troubles trophiques (atrophie musculaire, zona, etc.). Les signes auxquels il accorde le plus de valeur pour le diagnostic de la névralgie sont : la douleur provoquée : 1° par la pression exercée sur le trajet du nerf; 2° par un mouvement brusque de torsion du bras en arrière, qui détermine un certain degré de tiraillement des nerfs à leur émergence du creux de l'aisselle. Il estime qu'on doit faire peu de cas des points douloureux signalés par Valleix ainsi que des points apophysaires de Trousseau qui sont souvent inconstants et d'une recherche toujours délicate.

Se plaçant au point de vue de leur étiologie, M. le docteur Turbert adopte la division suivante des névralgies du membre supérieur :

1° *Névralgies diathésiques* : goutte et rhumatisme.

2° *Névralgies dépendant de maladies infectieuses chroniques* : tuberculose, syphilis.

3° *Névralgies toxiques* : plomb, tabac, oxyde de carbone, alcool.

4° *Névralgies dyscrasiques* : chlorose, anémie, grossesse, impaludisme.

5° *Névralgies sympathiques.*

C'est sur l'examen de cette dernière variété que l'auteur s'est surtout appesanti.

Les névralgies sympathiques ou douleurs « échotives », comme les appelait Gubler, se produisent toujours, et cette

remarque est due à M. Mathias Duval, à un niveau supérieur au point d'excitation primitif. Si celui-ci siège à la cuisse, par exemple, le malade éprouvera une douleur à l'ombilic; si le point de départ est à l'ombilic, la douleur se répercutera dans l'épaule et demeurera toujours fixée au même côté du corps. Après avoir cité plusieurs faits de névralgies sympathiques prenant leur origine soit dans le foie, soit dans l'intestin où l'estomac, M. Turbert fait remarquer que, dans les névralgies de cet ordre (on pourrait dire dans la plupart des névralgies du membre supérieur), c'est presque toujours le cubital qui est intéressé. M. le professeur Charcot a observé qu'au début de l'ataxie les malades éprouvaient parfois pendant longtemps des douleurs on des fourmillements exclusivement limités au trajet et au domaine du nerf cubital. C'est là un fait assez curieux que ce privilége que semble tenir le cubital. Quelle raison invoquer pour expliquer cette particularité bizarre?

En somme, la thèse de M. Turbert constitue une revue un peu rapide peut-être, mais néanmoins intéressante. Il est regrettable seulement que l'auteur, en compulsant ses observations, ne les ait pas au préalable soumises à une analyse plus rigoureuse. L'observation IV, qu'il donne comme un exemple de névralgie rhumatismale, et l'observation VI comme un type de névralgie syphilitique, sont incontestablement des faits d'ataxie locomotrice.

A. D.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. LE TABAC ET LES PRISONNIERS, par le docteur C.-E. BOURDIN, broch. in-8. — II. LE TABAC ET LES MICROBES, par le même, in-8. Paris, 1884.

M. le docteur Bourdin continue avec une ardeur toute juvénile sa croisade en brochures contre les abus du tabac.

I. — Voici d'abord quelques pagee indignées à propos de la décision que le comité de Philadelphie, chargé de la surveillance des prieons, a prise de fournir du tabac aux prisonniers. Le promoteur de cet acte de libéralité déplacée est le docteur Casper Wistar, inspecteur de la prison de Moyamensing, qui a allégué l'influence de la vie sédentaire sur la perte d'appétit, la cardialgie, la dyspepsie et autres maladies d'estomac. Mais il ajoute doctoralement que le tabac est un médicament tout-puissant pour la guérison de ces maladies. Or, pour M. Bourdin, la peine de la prieon a pour objet de punir un coupable; la prison doit être moralisatrice, et donner à un être humain une mauvaise habitude qu'il n'avait pas avant son incarcération, c'est lui faciliter les moyens de descendre dans le vice, c'est « coopérer à l'avilissement de cet être et à sa dégradation ». *Inde iræ* de la part de M. Bourdin et de ses collègues de la Société contre l'abue du tabac.

II. — M. Pécholier, à la suite dequelques anciens médecins flamands et hollandais, a avancé que le tabac est l'agent antiputride par excellence. M. Bourdin proteste dans un double article : « La nicotine, selon lui, ne serait le contre-poison des ferments et en particulier des *microbes* cholériques qu'aux conditions suivantes : il faudrait, au préalable, connaître exactement : 1o la cause véritable du choléra; 2o la nature de cette cause; 3o le siège accessible de cette cause; 4o le médicament propre à combattre la maladie qui en dérive; 5o enfin, il faudrait savoir transformer cette terrible nicotine en un médicament bienfaisant. Quand on sera parvenu à ces résultats, on pourra tenter des essais qui seront légitimés par la grandeur du danger. »

Dr ALBERTUS.

BULLETIN

DEUXIÈME SÉRIE DE CONFÉRENCES POUR L'ÉLUCIDATION DE LA QUESTION DU CHOLÉRA, tenues à Berlin les 4, 5 et 6 mai 1885 (1).

Sur l'initiative du gouvernement impérial allemand, les membres de la commission, réunis à Berlin dans le courant de l'année dernière (2) pour étudier les questions multiples relatives à l'étiologie, à la pathogénie et à la prophylaxie du choléra, viennent de tenir une seconde série de conférences. Etaient présents les principaux représentants du corps médical de Berlin, les membres de l'Office sanitaire impérial, le professeur Pettenkofer (de Munich), et le docteur Günther (de Dresde).

La première question qui figurait à l'ordre du jour était la suivante : *Exposé et discussion des données nouvelles acquises depuis la précédente réunion sur les bactéries du choléra et spécialement sur leur durabilité.*

Le professeur Koch a été le premier à prendre la parole. Il a fait la critique des travaux de ceux de ses compatriotes (Finkler-Prior (3), Emmerich (4), Klein), qui se sont posés en adversaires de sa propre théorie. M. Koch maintient que le bacille en virgule, tel qu'il a été décrit par lui, se rencontre exclusivement dans les cas de choléra et qu'il n'y manque jamais. Il cite entre autres ce fait, que des préparations lui ont été expédiées récemment de Calcutta, consistant en lamelles de verre sur lesquelles on avait étalé des déjections provenant de 79 cholériques, et que l'examen de ces préparations y a fait découvrir constamment la présence du bacille en virgule. M. Koch a présenté des cultures pures de ce bacille, obtenues avec des déjections cholériques recueillies en France, en Allemagne, en Italie; toutes ces préparations présentent entre elles la ressemblance la plus frappante. Bref, le bacille en virgule, avec les caractères micro-biologiques que lui assigne M. Koch, est facile à distinguer des autres variétés de bactéries.

M. Koch a parlé ensuite des résultats obtenus en inoculant des cultures pures de son bacille à des cobayes. Les animaux doivent subir une préparation préalable; c'est-à-dire qu'on leur ingurgite 5 c. c. d'une solution de soude à 5 %, vingt minutes avant de leur injecter dans l'estomac 10 c. c. de bouillon tenant en suspension des bacilles en virgules; immédiatement après, on leur fait une injection de teinture d'opium dans la cavité abdominale (1 c. c. de teinture par 200 grammes de poids corporel). Il en résulte que les animaux sont narcotisés pendant une demi-heure ou une heure. En se réveillant, ils sont complétement rétablis. Le lendemain, ils ont l'air malades, leur poil se hérisse, l'arrière-train et les muscles lombaires sont frappés de parésie; ils succombent dans l'espace de un

(1) D'après le compte rendu officiel paru in : DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1885, nos 19 et suivants.
(2) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, nos 34, 35 et 36.
(3) Voir COMPTE RENDU DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES, 1884, no 42, p. 439
(4) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1885, no 6, p. 65 et 66.

à trois jours. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve dans l'estomac et l'intestin un liquide alcalin qui représente une culture presque pure de bacilles en virgule. Cette expérience a été répétée avec succès sur 85 cobayes. L'emploi d'une solution de soude et de la teinture d'opium rend les animaux plus sensibles à l'égard des propriétés pathogènes des bactéries du choléra ; pareil fait s'observe quand on opère avec des préparations du bacille de Finkler-Prior et de celui de Denecke (1), mais à un degré moindre. En outre, dans ces derniers cas, on observe des manifestations qui ont fait défaut dans les expériences de Koch. Ainsi, quand on opère avec des cultures du bacille de Finkler-Prior, il se produit une véritable putréfaction que l'odeur du contenu intestinal suffit à mettre en évidence.

Les essais thérapeutiques tentés sur les animaux inoculés par M. Koch ont fourni la preuve que de fortes doses de calomel, l'administration de la naphtaline, prolongent la vie des animaux de vingt-quatre heures en moyenne. Le bacille en virgule est rapidement anéanti par la sécheresse, par le contact avec des désinfectants tels que l'acide phénique à 1/2%. Des observations de Klein et de Macnamara ont démontré que l'infection cholérique peut être réalisée par voie expérimentale. M. Koch en cite une preuve nouvelle : sur les 150 médecins qui ont été initiés à la technique de la recherche du bacille du choléra, à l'Office sanitaire impérial de Berlin, un a été pris de cholérine. Dans ses déjections, on a trouvé les bacilles caractéristiques, dont Koch a présenté des cultures.

Pour ce qui concerne la durabilité des bacilles en virgule, certaines observations démontrent que les bactéries du choléra conservent leur vitalité dans l'eau de fontaine pendant trente jours ; dans la fange des égouts pendant sept jours ; dans le contenu des fosses d'aisances pendant vingt-quatre heures ; sur de la toile humide pendant trois ou quatre jours ; dans l'eau du port de Marseille (Nicati et Rietsch), pendant quatre-vingt-un jours ; sur de l'agar-agar pendant cent-quarante-quatre jours. Jusqu'ici, on n'a pas pu obtenir le bacille en virgule sous la forme d'une spore durable, dans le sens propre du mot.

M. Pettenkofer n'est pas absolument convaincu par les raisonnements et les démonstrations de M. Koch. Il prétend que les expériences sur les animaux, faites par Emmerich, avec le bacille isolé par ce dernier, ont bien mieux réussi que les expériences de M. Koch. D'ailleurs, ces résultats expérimentaux n'expliquent pas comment l'infection cholérique s'opère chez l'homme. M. Pettenkofer continue à croire que le bacille en virgule n'est pas le germe, l'agent provocateur du choléra, mais que le choléra crée des conditions favorables à la végétation de ce bacille dans l'intestin de l'homme. Le bacille en virgule est peu résistant ; il est anéanti par la dessiccation. Or, l'observation nous apprend que, dans le Bas-Bengale, la sécheresse favorise l'éclosion du choléra. Les bacilles décrits par Koch n'existent que dans l'intestin ; on ne les trouve pas dans les autres organes. Il faudrait donc admettre que ces bacilles sécrètent un poison violent qui, de l'intestin du cholérique, où la résorption rencontre de si grandes difficultés, passe dans le sang. Or, dans les cultures pures qui ont été faites au laboratoire de Munich, on n'a pas pu découvrir de semblable toxique. M. Pettenkofer croit que le choléra ne représente pas l'association d'une infection et d'une intoxication, qu'il s'agit simplement d'une infection. Il est réservé aux recherches de l'avenir de décider si les bâtonnets isolés par Emmerich sont réellement les germes du choléra. Quoi qu'il advienne, il est certain que le rôle pathogène des bactéries devra être mis en harmonie avec les lois épidémiologiques. Si les cholériques ne peuvent pas produire la contagion directe, les bactéries du choléra ne doivent pas pouvoir davantage produire ce résultat ; et, si le développement du choléra est avant tout subordonné aux circonstances de temps et de lieu, on ne saurait considérer les bactéries comme jouant un rôle pathogène prépondérant.

M. Fraenkel a fait cette remarque, que la seule bactérie plus ou moins semblable, au point de vue morphologique, au bacille en virgule, qu'on trouve dans l'intestin de l'homme sain, dérive d'un vibrion qui habite la cavité buccale. C'est en vain que Fraenkel a cherché à cultiver ce bacille.

M. Koch a répliqué à M. Pettenkofer : La méthode employée par Emmerich pour isoler ses bacilles est passible de maint reproche. Il est sans exemple que, sous l'influence d'une maladie, un bacille se développe dans l'organisme, qui n'y existait pas précédemment. Pendant la saison chaude à Calcutta, il ne règne qu'une sécheresse relative dans cette cité, si richement pourvue en eau. Des recherches qui ne sont pas encore entièrement terminées portent M. Koch à affirmer que, contrairement aux résultats des expériences faites par Emmerich, les cultures pures du bacille en virgule contiennent un principe toxique. On ne connaît aucun fait autorisant à conclure que la contagion du choléra a été transmise par l'intermédiaire d'objets à l'état de parfaite dessiccation, comme cela se passe pour la maladie charbonneuse, pour la variole.

M. Pettenkofer a répondu : La découverte du bacille en virgule de Koch et de celui d'Emmerich ne nous expliquent pas pourquoi le choléra reste à l'état latent pendant l'hiver, pourquoi il éclate à nouveau au retour de la belle saison, pourquoi son apparition dépend, dans une certaine mesure, des circonstances de temps et de lieu. Pour le choléra, les choses se passent, quant à l'infection, comme pour la malaria ; cette dernière, également, est transmissible par voie d'inoculation, et néanmoins elle est sous la dépendance de circonstances telluriques. De ce que des expériences d'inoculation ont donné des résultats négatifs, on n'est point autorisé à conclure que les épidémies naissent de la même façon que s'exerce la contagion expérimentale.

M. Virchow : Les expériences faites sur les animaux ne sont pas absolument nécessaires, car toutes les maladies de l'espèce humaine ne sont pas transmissibles aux animaux. D'autre part, elles sont trompeuses dans leurs résultats. Ainsi les phénomènes morbides développés par M. Emmerich, dans ses expériences d'inoculation, M. Virchow les a fait naître dès 1847, en inoculant à des animaux toutes sortes de produits septiques, et si, dans les expériences de Koch, les cobayes n'ont eu ni diarrhée, ni vomissements, cela tient peut-être à ce qu'on leur avait administré une forte dose d'opium. Ce qui milite en faveur de la signification pathogène du bacille de Koch, c'est que ce bacille se rencontre constamment dans l'intestin des cholériques. Or, l'intestin représente le siège d'élection du choléra. Il sera sans doute possible de développer chez les animaux des accidents dyspeptiques qui dispenseront de la préparation préalable employée par Koch dans ses expériences. Mais, tout ce qu'on nous apprendra sur les bactéries, germes de la maladie, ne nous expliquera point comment naissent et meurent les épidémies, ni leur mode d'évolution. Il n'existe pas

(1) Voir Gazette médicale, 1885, n° 6, p. 67.

selon Virchow, de forme dnrable du bacille en virgule. Cependant, à l'Institut anatomo-pathologique de Berlin, M. Babes a rénssi à obtenir des cultures qni conservaient leur vitalité pendant six mois et plus, entre autres nne forme epéciale de spirilles relativement larges, d'une grande résistance.

Les deux antres questions discntées par les membres de la Conférence de Berlin portaient :

Propagation du choléra par les relations sociales, par l'intermédiaire des pèlerins et des navires.

Influence du sol, de l'air et de l'eau.

La discussion n'a pas jeté grande lumière sur les différents points contenue dans les deux questions.

M. Koch a cité des exemples établissant le rôle des pèlerins dans la propagation du choléra indien, montrant, d'antre part, que des épidémies de choléra peuvent régner assez longtemps à bord des navires. Ce dernier fait serait inexplicable, si le développement du choléra était exclusivement subordonné à des circonstances telluriques. Au point de vue de la prophylaxie, il importe de proclamer hautement qne la contagion d'homme à homme n'est plus à mettre en donte. La durée de l'incubation est d'ailleurs très courte.

M. Günther affirme que la durée de l'incubation cholériqne est habituellement de quatre jours, mais qu'elle peut être beaucoup plus longue, jusqu'à dix-sept jours.

M. Pettenkofer ne nie point l'influence des relations sociales sur la propogation du choléra, mais il tient à faire ressortir l'influence prépondérante des circonstances telluriqnes. Il ignore comment les choses se passent à bord des navires infectés ; un fait est certain, c'est qu'il ne suffit pas qu'un cholérique se trouve sur un navire pour qu'une épidemie éclate à bord.

M. Virchow s'est élevé contre l'exclusivisme de la théorie de Pettenkofer. Il a ajouté cependant, que si la propagation du choléra ne s'effectue pas, d'une façon générale, par l'intermédiaire d'un germe issu du sol, il n'est pas impossible que, dans certaines circonstances, le germe du choléra se conserve dans le sol et s'y développe.

M. Mehlhausen a cité un fait, datant de 1873, qui est un exemple de propagation directe du choléra d'homme à homme.

M. Koch a déclaré qne rien jusqu'ici ne démontre d'une façon positive la transmission du choléra par la voie de l'air. La constitution de l'atmosphère n'a d'influence qne sur la durée d'une épidémie déjà existante. Dans l'air humide, les bacilles en virgule se conservent plus longtemps que dans l'air eec. La nature du sol à également une certaine infinence. Il semble que la constitution argileuse du sol confère une certaine immunité contre le choléra. Le niveau de la nappe d'eau souterraine est sans influence, comme le prouvent les observations faites aux Indes, en Egypte, à Paris, à Gênes et à Naples. Ce qu'il faut considérer surtout, ce sont les circonstances inhérentes au sol qui favorisent les décompositions organiques dans les couches les plus superficielles. Enfin la qualité des eaux potables a également une grande importance, et, comme le prouvent des données statistiques recueillies à Calcutta, au Fort William, à Bombay, à Madras, à Naypar, à Pondichéry, à Alexandrie et au Caire, beaucoup de personnes doivent leur préservation contre le choléra à l'usage d'une eau de bonne qualité.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

NOTES & INFORMATIONS

Les Consultations externes des Hôpitaux et les Dispensaires pour les enfants malades. — Toute agglomération, même momentanée, d'enfants malades, expose à des faits de contagion. Le danger est plus grand encore dans les consultations externes des hôpitaux, quand la ou les salles d'attente des enfants venus du dehors ne sont pas suffisamment isolées du service intérieur de l'hôpital. S'appuyant sur cette considération, M. Chautemps a déposé sur le bureau du Conseil mnnicipal de Paris, un projet de délibération ainsi conçu :

« M. le Directeur de l'Assistance publique est invité à présenter au Conseil les devis relatifs à la création, dans les hôpitaux d'enfants, de pavillons isolés où les malades amenés pour la consultation puissent être répartis, lorsqn'ils sont atteints d'affections contagienses, dans des salles spéciales et desservies par un personnel spécial ;

« L'Administration est invitée à prendre dès aujourd'hui, et sans attendre la construction des pavillons spéciaux, les mesures nécessaires ponr qu'un interne, placé à la porte de la salle de la consultation, puisse en interdire l'entrée aux malades atteints d'affections contagieuses, lesqnels seront reçus dans une salle particulière. »

Mais une consultation externe dans les denx hôpitaux d'enfants est évidemment insuffisante pour une ville comme Paris, et il y a lieu de créer, pour les enfants, dans chaque arrondissement, des dispensaires plus ou moins semblables à ceux qui fonctionnent déjà à La Villette, par les soins de la Société philantropique ; dans le premier arrondissement, sous la direction de M. Dubrisay ; à Montrouge, par la généreuse initiative de Mme Furtado-Heine. Celui-ci est établi sur uue vaste échelle : M. Charrin pour la médecine, notre collaborateur, M. Redard, pour la chirurgie, MM. Meyer pour les yeux, Ménière pour les oreilles, Chanveau ponr les dents, se partagent le service des consultations. Les petits malades trouvent gratuitement au dispensaire médicaments, pansements, appareils, bains, douches, etc., en un mot tout ce qu'exige leur état. M. Foville demandait récemment à l'Académie de médecine de joindre son influence anx bonnes dispositions de l'autorité supérieure pour étendre et multiplier les établissements de ce genre. Le Conseil mnuicipal, saisi implicitement de la qnestion par la proposition de M. Chautemps, la résondra sans doute dans le même sens et tiendra à honneur de ne pas rester, sur ce terrain, en arrière de l'initiative privée.

— Dans la même séance du Conseil municipal, M. Chautemps a déposé une proposition tendant à la création, dans la banlieue de Paris, d'un hôpital réservé aux malades atteints d'affections chroniques. On sait qu'un établissement de ce genre existe déjà, mais dans de petites proportions, à Villepinte (Seine et-Oise), pour les jeunes filles et enfants poitrinaires.

— Eaux de Paris. — Deux rivières, dont Paris a acheté les sources, seront prochainement dérivées vers la capitale et concourront, avec la Dhuis et la Vanne, à fournir l'eau d'alimentation : ce sont l'Avre, qui coule dans le département de l'Eure, et la Voulzie, qui prend sa source près de Provins.

— Épidémies. — La variole, dont nous signalions récemment un foyer à Londres, sévirait aussi en France dans des localités voisines de la frontière suisse et aurait déjà provoqué, de la part des autorités de Neuchâtel, des mesures sanitaires contre l'importation de la maladie.

Une épidémie d'une plus grande gravité est signalée à Durham (Angleterre). Il ne s'agit de rien moins que du choléra qui aurait pris, dès le début, des proportions considérables comme nombre et intensité des cas observés. Toutes les mesures ont été prises par la municipalité pour empêcher la propagation du fléau.

— La conférence sanitaire internationale dont nous avons déjà parlé s'ouvrira à Rome le 20 mai courant. MM. Bronardel, Proust et Rochard représenteront la France, M. Koch l'Allemagne.

— Congrès. — L'*Association médicale britannique* tiendra sa session annuelle le 28 août à Cardiff, sous la présidence de M. Cuming.

L'*Association française pour l'avancement des sciences* se réunira à Grenoble le 13 août, sous la présidence de M. Verneuil.

L'*Association médicale italienne* tiendra à son tour en septembre ses assises à Pérouse.

— Les vivisections en Allemagne. — La question de la vivisection a été agitée en Allemagne comme ailleurs. Le ministre des cultes a pu s'assurer, par un rapport des autorités médicales, que les expériences sur les animaux vivants étaient extrêmement profitables à la science, et il vient de faire publier des prescriptions suivant lesquelles ces expériences doivent être faites :

Article 1er. — Les expériences sur des animaux vivants ne devront être pratiquées que dans un but d'investigations sérieuses ou pour servir à l'enseignement.

Art. 2. — Dans les cours publics, ces expériences ne devront avoir lieu qu'autant qu'elles seront nécessaires à l'intelligence du sujet traité.

Art. 3. — Les préparatifs aux expériences devront, en général, être faits avant que le cours soit commencé et non en présence des auditeurs.

Art. 4. — Les expériences ne pourront être faites que par les professeurs et leurs prosecteurs ou sous leur responsabilité.

Art. 5. — Les expériences qui, pratiquées sur des animaux inférieurs, donnent les mêmes résultats que si elles l'étaient sur des animaux d'ordre supérieur, devront être faites sur les premiers.

Art. 6. — Toutes les fois qu'on pourra le faire sans inconvénient, les animaux devront être anesthésiés pendant les expériences. (*Union médicale.*)

— Association française pour l'avancement des sciences. — *Subventions de l'exercice 1884* :

MM. Testut et Dufourcet. Pour les aider à continuer leurs fouilles anthropologiques dans le sud-ouest de la France. . . . . fr. 500

La Société française de physique. Pour contribuer à la publication des œuvres de Coulomb. . . . 300

A reporter. . . fr. 800

Report. . . fr. 800

M. Genaille. Pour contribuer aux dépenses de la construction d'une machine à calculer électrique. . 600

M. Gallois. Pour la construction d'un thermographe médical. 300

M. Hauvel. Pour l'aider à continuer ses travaux sur la prévision des temps. 200

M. Zurcher. Pour l'achat de livres de paléontologie nécessaires à ses recherches géologiques. . . . 850

M. Motais. Pour l'aider à continuer ses travaux d'anatomie (subvention de la ville de Paris). . . . 400

M. Sabatier. Pour l'aider à continuer ses travaux d'anatomie (subvention B. Brunet) 500

Laboratoire de Wimereux. Pour aider à la publication des travaux qui y ont été faits (subvention B. Brunet). 500

Laboratoire d'anthropologie de Toulouse. Pour aider à compléter l'installation. 500

M. Pommerol. Pour l'aider à continuer ses fouilles préhistoriques en Auvergne. 150

M. Magitot. Pour l'aider à continuer ses recherches à Combperet 200

M. Delort. Pour l'aider à continuer ses fouilles préhistoriques dans le Cantal. 150

La Société d'anthropologie de Bordeaux. Pour aider à la publication de ses travaux. . . . 800

M. Andouard. Pour aider à la continuation de ses travaux de chimie appliquée (subvention de la ville de Montpellier). 600

M. Souché. Pour aider à la continuation de ses fouilles. 100

Observatoire du Mont-Ventoux. Pour contribuer à l'installation de l'observatoire (2e annuité) 2.000

Observatoire météorologique de l'Aigoual. Pour contribuer à l'organisation et à l'installation (3e annuité). 1.000

M. Doumenjou. Pour une souscription à son ouvrage : *Etudes sur la révision du Code forestier*. 150

M. Quélet. Pour l'aider à continuer ses études sur la flore mycologique de France. 300

Total. . . fr. 10.100

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Gonault, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Caen, est nommé sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Petit.

***

M. Puech, docteur en médecine, est délégué pour un an, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux.

***

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central sera ouvert le vendredi 12 juin 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription est ouvert du lundi 11 mai au mercredi 20 mai inclusivement, de midi à trois heures.

— Un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, s'ouvrira le lundi 15 juin 1885, à l'administration de l'Assistance publique à Paris. Le registre d'inscription ouvert le 18 mai sera clos le 3 juin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

25. M. Lemoyne. Ostéomyélite chez les adultes. — 26. M. Mavel. De l'exentération du globe oculaire. — 27. M. Duchesne. Contribution à l'étude des iodiques (leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination). — 28. M. Meige. Recherches sur les variations de l'urée du sang dans différentes maladies et en particulier dans la rétention d'urine. — 29. M. Labry. De la cocaïne et de ses applications en ophthalmologie. — 30. M. Richardière. Etude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance. — 31. M. Cotteville. Anasarque sans albumine. — 32 M. Caulier. Glossite profonde aiguë. — 33. M. Rogier. Hyperostoses généralisées. — 34. M. Oursel. Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation. — 35. M. Boulanger. Contribution à l'étude de la fièvre zoster. — 36. M. Maréchal. Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin, tome II (fascicules 6 à 10). Un fort volume petit in-4° de 900 pages à deux colonnes, avec 257 figures. — Prix : 25 fr. — Le dixième fascicule qui complète ce volume vient de paraître. — Prix : 5 fr.

L'ouvrage sera complet en 4 volumes. Les tomes III et IV paraîtront comme les deux premiers en 10 fascicules. Tous les fascicules se vendent séparément. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8. — Prix ; 6 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur.

Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine, par Léon Arduin, docteur en médecine de la Faculté de Paris, In-8 de 130 pages. — Prix 3 fr. 50. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

L'*Annuaire de Thérapeutique*, du professeur Bouchardat, donne le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques de chaque année.

Celui de cette année est le 45°, et il offre un attrait particulier par la relation de nombreux travaux sur le choléra, que l'épidémie de 1884 a provoqués.

Aussi, lira-t-on avec intérêt la notice que l'auteur consacre au choléra asiatique, et dans laquelle il étudie la nature, le parasite, le traitement et l'hygiène préventive de la terrible maladie et donne l'historique des six épidémies qui ont sévi à Paris. 1 volume in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie de Félix Alcan, ancienne librairie Germer-Baillière et Cᵉ, 108, boulevard St-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 21 — 23 MAI 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN,** place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PYÉLO-NÉPHRITE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; recueillies par M. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Suite. — Voir les numéros 18 et 20.

III

Rareté des documents sur la pyélo-néphrite spontanée. — Elle peut devenir l'origine de calculs phosphatiques et l'on a pris peut-être l'effet pour la cause, de sorte qu'elle serait probablement moins rare qu'elle ne paraît. — Rôle du froid et du surmenage. — Leur action pathogène est encore incertaine. — Hypothèse d'une maladie infectieuse. — Considérations pronostiques.

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que ce diagnostic fut formulé, et certes vous comprendrez cette réserve quand vous saurez combien est pauvre l'histoire pathologique de la pyélite spontanée. C'est à peine, en effet, si quelques indications éparses la signalent, de sorte qu'il n'est pas exagéré de dire qu'il est peu de sujets médicaux dont la littérature soit aussi peu documentée. Ainsi le JAHRESBERICHT de Virchow et Hirsch, les Bulletins de la Société anatomique, de la Société de biologie, de la Société médicale des hôpitaux, la REVUE DES SCIENCES MÉDICALES, ne renferment aucun cas qui puisse être rapproché de celui qui nous occupe. Rosenstein, cependant, y fait allusion dans les termes suivants : « Il existe enfin des cas rares où la maladie se présente d'une façon spontanée et sans la moindre cause extérieure appréciable; alors elle s'est développée sous des influences inconnues, peut-être de certaines conditions atmosphériques. Son apparition fréquente dans notre ville de Groningue me porterait à admettre l'influence particulière d'un climat humide sur son développement. »

Roberts, dans la quatrième édition de son *Traité des maladies des reins*, qui vient de paraître, dit aussi que la pyélite peut être engendrée par le froid et par diverses causes inconnues, mais qu'il est très rare qu'elle ne soit pas secondaire à une maladie générale ou déterminée par une irritation mécanique. Il ajoute qu'on rencontre de temps à autre des cas dont il est impossible de déterminer la causalité, et il en rapporte un exemple suivi d'autopsie. Plus loin, il cite une observation de pyélite causée « probablement » par le froid.

M. Lecorché, dans son *Traité des maladies des reins*, répète l'assertion de Rosenstein sans y rien ajouter de particulier; quant à Bartels et à Wagner, ils gardent un silence complet. Il en est de même des traités de pathologie : Grisolle, cependant, avance que la pyélite est rarement spontanée. Enfin Rayer, qui fut le créateur de la pyélite, ne dit pas un mot de sa forme primitive.

Deux auteurs cependant ont donné à leurs mémoires le nom de pyélite spontanée. C'est d'abord Nicolas Bernardy, puis Louis Amstein; mais, à la lecture de leurs travaux, on s'aper_

FEUILLETON

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD, par M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Dès l'origine de la science, le problème de la vie s'est offert à l'ardente curiosité de l'homme; c'est à peine si nous commençons à en pénétrer le mystère. Parmi les changements que nous avons vu de nos jours, il n'en est guère de plus profond ni de plus complet que celui qui a renouvelé les bases de la physiologie. Hier encore, à peine admise au nombre des sciences, elle attire aujourd'hui tous les regards; on la retrouve partout, dans les programmes de l'enseignement public, dans les livres, dans les revues, dans les feuilles quotidiennes; ceux-là même qui l'ignorent, en parlent volontiers. Et ce travail de rénovation et de transformation n'est pas limité à notre propre pays, il s'étend au monde savant tout entier. Si quelqu'un a surtout imprimé ce mouvement, on peut l'affirmer hautement, non sans une légitime fierté, c'est l'homme dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui. On l'a dit, avec raison, la science n'a pas de frontières, elle n'est d'aucun pays; mais, si complètement guéris que nous soyons de notre présomption, ce mal dont nous avons souffert, nous ne saurions oublier que si les découvertes de nos grands hommes appartiennent au monde entier, leur héritage de gloire fait partie de ce patrimoine sacré qu'on appelle la patrie.

Il en est qu'attirent les retentissants théâtres, où l'inconstante popularité accorde et retire ses faveurs; où l'on voit, tour à tour, des élévations soudaines, des chutes profondes et des retours inattendus. Combattre pour la justice, assurer le triomphe de la raison, telle est leur espérance, tel est le but de leurs constants efforts; trop souvent il leur échappe au moment où ils croient l'atteindre, et c'est au milieu d'une perpétuelle mobilité et d'une perpétuelle incertitude qu'ils goûtent les jouissances troublées de l'ambition.

D'autres élèvent leur cœur plus haut; épris des divines beautés de la nature, ils brûlent de l'irrésistible désir de soulever les voiles qui la couvrent. Obscurs ou glorieux, marqués au front de la céleste flamme ou perdus dans la nuit profonde, il n'importe; serviteurs désintéressés de la cause à laquelle ils ont donné leur vie, dominés par une seule pensée, ils ne calculent ni ce que coûte l'amour de

çoit bientôt qu'ils traitent des pyélo-néphrites en général, et non de cas semblables au nôtre. La thèse de L. Amstein contient néanmoins une observation communiquée par M. le docteur Le Dentu et fort importante dans l'espèce.

C'est celle d'une femme de 28 ans qui fut prise subitement de frisson, puis de fièvre, de nausées, de vomissements et d'une vive douleur dans tout l'abdomen et dans la région lombaire. Cette douleur, qui s'irradiait jusque dans la région cervicale, était assez vive pour gêner le jeu du diaphragme et produire une anxiété considérable. Tout d'abord, le diagnostic resta incertain; la sensibilité de l'abdomen n'était pas assez exquise pour que l'idée d'une péritonite pût être acceptée, et l'on se rangea plutôt du côté d'une pleurésie diaphragmatique. Le cinquième jour, la pression sous les fausses côtes gauches réveillait une douleur profonde qui suivait assez exactement le trajet de l'uretère; toute douleur dans le reste de l'abdomen avait disparu ou s'était au moins atténuée; les vomissements continuaient. On porta le diagnostic de pyélo-néphrite gauche, probablement non calculeuse. Le septième jour, l'urine, qui n'avait pas diminué de quantité, contenait de l'albumine et du « mucus » en suspension. Le huitième jour, la malade paraissait guérie, et la rapidité avec laquelle les accidents avaient disparu inspiraient des doutes légitimes sur la nature de la maladie, quand la convalescente fut prise d'un choléra foudroyant qui la tua en cinq heures et demie. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une pyélo-néphrite double, plus marquée du côté droit et sans concrétions calculeuses.

Ainsi se réalise cette pauvreté d'informations à laquelle je faisais allusion tout à l'heure et qui donne d'autant plus de valeur à notre observation et à celle de M. Le Dentu, que toutes deux peuvent être considérées comme des cas types. M. Reliquet, à qui je demandais récemment son avis sur la maladie de Léon R..., me disait avoir observé plusieurs fois des cas semblables; il admet donc l'existence de la pyélo-néphrite spontanée et soupçonne même qu'elle peut être par elle-même l'origine de concrétions calculeuses secondaires. Pour ceux qui se rangent à l'opinion émise dernièrement par W. Ebstein sur la genèse des concrétions urinaires, cette manière de voir n'a rien que de rationnel. W. Ebstein (1), en effet, soutient que le développement et l'accroissement des calculs sont conditionnés par une matière organique de nature albuminoïde qui forme leur trame et qui provient elle-même de l'inflammation et de la nécrose des cellules épithéliales des voies urinaires. Or, d'une part, un état inflammatoire du bassinet passant à la chronicité; d'autre part, une urine fermentant avec la plus grande facilité et laissant par conséquent déposer des sédiments de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de chaux; voilà-t-il pas réunies les circonstances génératrices des calculs phosphatiques? Et ce sont justement les calculs de cette nature qui auraient été rencontrés dans les cas que M. Reliquet nous a communiqués.

Et c'est pourquoi il est permis de se demander si l'on n'a pas pris souvent l'effet pour la cause et si l'on n'a pas donné à certaines pyélites l'épithète étiologique de « calculeuses », alors que les calculs s'étaient produits et développés, au contraire, sous l'influence des conditions nouvelles créées dans les bassinets par l'inflammation ou le catarrhe de la muqueuse.

Mais revenons à notre malade: j'admets que chez lui la pyélo-néphrite a été spontanée, c'est-à-dire qu'elle s'est développée primitivement, sans altération préalable des voies urinaires ou de l'urine. Son *étiologie* paraît fort précise; le refroidissement et le surmenage, telles sont les deux conditions bien nettes qu'on doit invoquer. Dans le *Traité des maladies des reins* de Rayer, nous trouvons d'ailleurs l'observation d'un ouvrier des ports dont la maladie offrit de grandes similitudes avec celle de Léon R... Cet homme était occupé à décharger un bateau plein de charbon de terre, quand il fut pris tout à coup d'une telle douleur à la région lombaire droite, qu'il dût laisser tomber l'instrument dont il se servait pour remuer le charbon et qu'on fut obligé de le transporter de suite à l'hôpital, où l'on constata bientôt les signes d'une pyélite. Dans ce cas, les efforts et le surmenage paraissent avoir joué un rôle considérable.

Mais si l'on trouve dans le froid et la fatigue une étiologie précise, on est cependant fort embarrassé pour préciser le lien qui les réunit à la pyélo-néphrite, pour établir, en un mot, la *pathogénie* de celle-ci. Sur ce terrain, nous sommes en pleine hypothèse.

Faut-il admettre une sorte de traumatisme du bassinet et du rein par efforts musculaires et surmenage; doit-on invoquer, au contraire, l'action répercussive du froid sur le rein?

(1) W. EBSTEIN. *Die Natur und Behandlung der Harnsteine.* Wiesbaden, 1884.

---

la vérité, ni à quel prix elle se donne, et dans l'oubli de soi-même que la science inspire à ses adorateurs, ils trouvent les plus pures jouissances. Possédés de cette noble fièvre, dont ils ne doivent pas guérir, ils ne suspendent un instant leur marche que pour s'élancer en avant avec une ardeur nouvelle: « toujours plus loin, toujours plus haut », telle est leur devise.

Claude Bernard naquit dans une petite ville du Beaujolais, à St-Julien, près Villefranche, le 12 juillet 1813. A mi-hauteur des coteaux plantés de vigne qui s'étendent au loin sur la rive droite de la Saône, s'élève une modeste maison couronnée d'un bouquet de bois. Du côté de l'orient, éblouissants sous les feux du midi, découpés en noires silhouettes à l'heure matinale où le soleil se lève, se dressent, à l'horizon, les sommets glacés de la chaîne des Alpes. C'est là, près de son père qu'il perdit de bonne heure, sous l'œil vigilant d'une mère attentive et tendre, que s'écoula son enfance. Plus tard, c'est encore là, sur ce coin de terre qui l'avait nourri, dans ces lieux tout remplis d'ineffaçables souvenirs, qu'il revenait fidèlement chaque année au retour désiré des vendanges.

Lorsque le moment fut venu, le jeune Claude Bernard passa des mains du curé de St-Julien au collège de Villefranche, puis au collège de Lyon. Ses études terminées, on décida qu'il serait pharmacien. Il fut en effet placé dans une officine du faubourg de Vaise, à Lyon; mais sa pensée était ailleurs. Quelques mois s'étaient à peine écoulés qu'il partait pour Paris, avec une tragédie en cinq actes et les illusions de ses vingt ans. Une lettre d'introduction conduisait notre jeune homme chez un des professeurs les plus spirituels et les plus goûtés du temps, M. Saint-Marc Girardin: ce fut une heureuse fortune.

Après un court entretien, dans lequel le scepticisme bienveillant du lettré ne rencontra qu'une faible résistance, le jeune Lyonnais sortit de cette épreuve avec une déception sans doute, mais peut-être avec le pressentiment secret que sa résignation ne devait rien enlever à ses espérances d'avenir. Dès le lendemain, il s'inscrivait à la Faculté de médecine.

Ses études médicales touchaient à leur terme et il se montrait fort irrésolu, lorsque M. Magendie, dont il était l'interne, lui offrit assez brusquement la place de préparateur au Collège de France: son sort était fixé.

Le maître, qui devait exercer sur Claude Bernard une influence décisive, ne ressemblait guère à son élève. Après une jeunesse

Est-il rationnel de supposer que cette suractivité musculaire a jeté dans la circulation un excès de matières extractives dont l'élimination, dans un court espace de temps, a surchargé d'antant le travail du rein, en même temps qu'elles donnaient des propriétés irritantes à l'urine qui en était chargée; enfin, y avait-il une condition prédisposante dans ces faits que le malade était alcoolique et qu'il avait eu dans son enfance une scarlatine avec détermination rénale probable?

Vous voyez combien de points d'interrogation se dressent, et vous ne vous étonnerez pas si je ne pose aucune conclusion formelle. Je dois d'autant moins le faire que l'on pourrait se demander encore s'il ne s'agissait pas là d'une maladie infectieuse à détermination pyélo-néphritique, et si celle-ci ne devrait pas être rapprochée du groupe des néphrites infectieuses ou microbiennes, groupe auquel paraît aussi se rattacher la congestion rénale primitive dont je vous ai tracé l'histoire clinique.

Mais laissons ces incertitudes pour envisager une question d'un intérêt pratique plus actuel, c'est l'*avenir réservé à notre malade*. Vous l'avez vu ce matin, gai, la figure épanouie, réclamant sa sortie, et je vous disais que j'avais grand'peine à la lui accorder. C'est que, d'une manière générale, la pyélonéphrite est une affection qui se résout avec une très grande lenteur et dont la convalescence exige des soins incessants.

Regardez son urine que j'ai fait apporter ici : elle est abondante, pâle, un peu louche, de faible densité; les réactifs habituels n'y décèlent pas trace d'albumine; bref, elle présente les caractères extérieurs d'une urine de convalescence. Mais si on la laisse déposer dans un verre à pied, on voit se former encore un sédiment léger, floconneux, d'un blanc grisâtre, constitué par des globules blancs isolés ou agglomérés en forme de bouchons.

Tant que vous verrez ce sédiment, tenez-vous sur vos gardes et redoutez toujours un retour fébrile; vous ne devez rendre les malades à leurs occupations ou à leur vie habituelle que quand l'urine aura repris d'une manière complète ses caractères d'urine normale. J'ai, dans mes notes, l'observation d'un industriel qui avait été soigné trois ans auparavant pour une pyélo-néphrite dont l'étiologie est restée inconnue et qui le tint environ quatre semaines au lit et à la chambre. Or, depuis cette époque, l'urine est restée presque toujours louche, et à la moindre fatigue, au plus léger refroidissement, parfois sans cause appréciable, des douleurs de reins surviennent, l'urine laisse déposer un sédiment purulent plus abondant, en même temps qu'apparaît un accès de fièvre plus ou moins violent, avec une température de 39 à 40°, ayant les allures d'un accès de fièvre paludéenne.

Il est fort à craindre qu'il n'en soit de même dans notre cas, et les accès fébriles des 4 et 13 septembre, la persistance des globules blancs dans l'urine, sont autant d'indices du passage de cette pyélo-néphrite à l'état chronique. Et, comme cette chronicité même, jointe à la facile fermentation de l'urine, peuvent devenir des facteurs de lithiase, voilà un nouvel élément d'une certaine gravité à faire intervenir dans le pronostic.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des fistules péniennes. — Leçon de M. Le Dentu à l'hôpital Saint-Louis, recueillie par M. Paul Berthod, interne du service.

Le malade que je vais opérer devant vous est couché au numéro 42 de notre salle Cloquet. Il raconte que, à l'âge de huit ans, étant à l'école, il s'est amusé à se passer un fil autour du pénis : ce fil trop serré détermina le gonflement de la verge et la section de l'urètbre.

A l'heure actuelle, il se présente à nous avec une profonde perte de substance du canal qui porte sur toute sa circonférence, et à laquelle peut à peine s'appliquer la dénomination de fistule. Cette perte de substance siége à 5 centimètres environ du méat, et il persiste en avant d'elle une portion d'urèthre longue de 5 centimètres, normale, par laquelle cependant ne s'écoulent plus les urines. Le véritable méat urinaire est constitué par l'orifice postérieur de la fistule en forme de collerette froncée, qui admet avec peine une bougie numéro 16, de la filière Charrière.

L'urèthre est donc complétement divisé et l'écart entre les deux segments du canal varie de 1/2 cent. à 1 centimètre 1/2 pendant l'érection; en outre, au moment de la turgescence du pénis, le malade a très bien observé qu'il pénis est comme condé vers le haut; l'urèthre n'existe plus pour maintenir

---

traversée par de nombreux écarts, cédant aux conseils d'une amie bien inspirée, Mme la marquise de la Place, il avait tourné du côté de la physiologie ses rares qualités. Un grand nombre de recherches entreprises sur presque toutes les parties de la physiologie expérimentale, à cette époque presque une nouveauté, lui avaient rapidement conquis une grande notoriété. On pouvait puiser à son école le dédain de l'hypothèse et la passion des réalités; mais, presque toujours dominé par une idée, les yeux fermés à tout le reste, il subissait, plutôt qu'il ne les dirigeait, les conditions de l'expérience. « Je suis un chiffonnier, a dit M. Magendie en parlant de lui-même, avec un crochet à la main et une hotte sur le dos; je parcours le domaine de la science et je ramasse tout ce que je trouve. »

Cet empirisme expérimental, dirigé par le hasard, plus facile à formuler qu'à observer, et que M. Magendie a plus d'une fois déserté, ne risquait pas d'être contagieux; il eut pour résultat de tempérer et de modérer la nature méditative et un peu rêveuse du disciple.

Claude Bernard demeurait alors dans un petit entresol de la cour du Commerce. Souvent, nous rencontrions ce grand jeune homme à l'air pensif. Quand j'évoque ce lointain passé, je me rappelle encore le sujet de nos entretiens. Il préparait alors sa thèse de doctorat sur le suc gastrique et il se montrait surtout préoccupé de ses recherches sur le nerf spinal. M. Blondlot (de Nancy) venait de montrer qu'à l'aide des fistules stomacales, opération d'une exécution facile, on pouvait, pendant de longs mois, recueillir, à volonté, sur l'animal, en grande abondance et dans un état de pureté parfaite, ce liquide digestif qu'à l'aide des ingénieux procédés de l'abbé Spallanzani on ne pouvait jusqu'alors se procurer qu'en petite quantité et plus ou moins impur. Récolter ce liquide, l'analyser, le faire réagir sur les aliments en dehors du corps de l'animal, introduire dans l'estomac, par l'ouverture artificielle, des substances de nature variée, les retirer à des moments déterminés, afin d'étudier leurs transformations successives, voilà ce que l'on peut voir tous les jours dans nos laboratoires; mais, il y a quarante ans, à part les quelques renseignements fournis par le Canadien du docteur Beaumont, tout cela était encore une nouveauté.

Par la multiplicité de ses origines, par sa fusion intime avec le nerf pneumo-gastrique au moment où il sort du crâne, et dans le trou même qui lui livre passage, le nerf spinal est resté longtemps

les corps caverneux, et il se produit là un phénomène absolument inverse de la corde uréthrale. Je vous ferai remarquer aussi que ce qui reste de la paroi supérieure de l'urèthre au niveau de la fistule est constitué par une bride fibreuse transversale, disposition que je signale tout particulièrement à votre attention.

Notre malade, âgé de 39 ans, serrurier, est du reste en excellente santé. En interrogeant ses antécédents, nous n'avons trouvé qu'une blennorrhagie contractée il y a plus de dix ans. Vous voyez, d'autre part, qu'il porte à la cuisse droite deux grandes cicatrices, vestiges de blessures reçues par lui en 1870 et pour lesquelles Nélaton lui donna ses soins.

Il est entré à l'hôpital le 27 janvier, et depuis cette époque je l'ai maintenu en observation cherchant seulement à dilater son nouveau méat urinaire sans trop y parvenir, puisqu'une bougie n° 16 le franchit avec peine. J'ai pu constater, d'ailleurs, que son urèthre était en très bon état, que la miction s'exécutait facilement; les urines sont normales. L'état général est excellent, et je me propose de lui faire une première opération aujourd'hui devant vous.

Les fistules de l'urèthre, d'une façon générale, peuvent être divisées en fistules *congénitales* et fistules *accidentelles*.

Les fistules *congénitales* siègent d'ordinaire entre le pénis et le scrotum et constituent une variété d'hypospadias.

Les fistules *accidentelles* peuvent siéger en un point quelconque du conduit uréthral; elles sont de deux sortes : *traumatiques*, succédant à une plaie de la région, par exemple, et produites alors de dehors en dedans, ou bien consécutives à une lésion organique du canal, un rétrécissement par exemple, ayant déterminé la formation d'un abcès péripénien ou une infiltration d'urine.

Les fistules traumatiques peuvent affecter toutes les formes, suivant la blessure, cause première de la fistule.

Au contraire, les fistules, dues à un abcès ou à une infiltration d'urine se présentent presque toutes avec la même apparence infundibuliforme; elles affectent d'ordinaire la forme d'une excavation plus ou moins conique qui s'ouvre à l'extérieur après un trajet plus ou moins long, suivant les cas, par une petite fistulette : bien plus rarement, la perte de substance cutanée est plus étendue; il y a eu sphacèle d'une portion plus ou moins étendue de la peau du pénis.

Je n'insisterai pas ici sur les différentes formes des fistules congénitales, renvoyant pour l'étude de cette question aux traités spéciaux écrits sur la matière.

Quoi qu'il en soit, messieurs, et avant de pratiquer sur notre malade l'opération de la fistule, je tiens à vous rappeler en quelques mots les principaux procédés employés pour guérir l'affection qui nous occupe. Ces procédés peuvent être rangés sous trois chefs principaux.

A. — Le premier, le plus simple et le plus ancien aussi, applicable seulement dans le cas de fistule peu étendue, consiste à la prolonger par une incision en avant et en arrière, puis à décoller latéralement et avec le bistouri chacun des lambeaux de la plaie pour les affronter ensuite par leur bord saignant; il est bien évident que vous aurez pris soin d'aviver le pourtour de l'orifice fistuleux.

Ce procédé a été modifié, et certains auteurs, au lieu d'affronter les lambeaux par leurs bords seulement, les accollent par leur face profonde cruentée, de façon à obtenir une adaptation plus complète. Dans certains cas, cet accollement était rendu plus intime par l'application de petites attelles latérales.

B. — Pour les fistules plus étendues, des procédés à lambeaux latéraux, à lambeau antérieur ou postérieur ont été successivement employés et ont donné parfois de bons résultats; mais ils sont bien loin d'assurer le succès. Je n'ai point dessein d'insister ici sur leur description.

Nélaton, le premier, appela l'attention sur leur insuffisance et décrivit un procédé nouveau. Après avoir avivé les bords de la fistule, il pratiquait en avant et en arrière une incision transversale par laquelle il introduisait un bistouri, au moyen duquel il décollait la peau; il faisait ensuite des sutures métalliques transversales en ayant soin de laisser libre la partie antérieure, de façon à permettre l'écoulement de l'urine.

Le procédé de Voillemier diffère de celui de Nélaton en ce qu'il pratiquait un avivement par large surface après avoir enlevé une collerette de peau tout autour de la fistule; il faisait ensuite une suture entortillée et avait ainsi un large affrontement.

C. — Contre les fistules congénitales péno-scrofules, les procédés qui donnent les meilleurs résultats sont ceux de MM. Th. Anger et Duplay.

Le premier temps consiste à redresser la verge; ce redressement, dont Bouisson le premier a eu l'idée, s'obtient facile-

---

comme un défi porté aux expérimentateurs. Couper ce nerf dans l'intérieur du crâne, sur l'animal vivant, afin d'examiner les conséquences de cette section, beaucoup l'avaient tenté sans succès. Tout d'abord, Claude Bernard n'est pas plus heureux que ses devanciers : tous les animaux succombent. Je me souviens encore du récit de ses nombreuses tentatives, et de l'admiration que m'inspirait sa patience à toute épreuve. Enfin, il parvient à découvrir une espèce animale dans laquelle il peut détruire, en les arrachant, toutes les origines des nerfs spinaux sans ouvrir la cavité crânienne. Après l'opération, rien n'est changé en apparence; l'animal continue à vivre, il respire librement, mais il a perdu la voix. Donc la voix et la respiration n'ont pas le même nerf : le spinal est le nerf vocal, et la branche du pneumogastrique avec laquelle il est confondu est un nerf respiratoire.

Une fois entré dans la voie des découvertes, Claude Bernard ne s'arrêtera plus. Ouvrant un jour un lapin en pleine digestion, il remarque que les chylifères lactescents se détachent de l'intestin grêle à une plus grande distance de l'estomac que chez le chien. Or, chez ce dernier, le canal excréteur du pancréas s'ouvre près de l'estomac, tandis qu'il débouche plus bas dans l'intestin du lapin. C'est là pour Bernard un trait de lumière. Il s'attache à ce nouveau problème avec sa ténacité habituelle. L'action émulsive du suc pancréatique et le rôle qu'il joue dans l'absorption des matières grasses de l'alimentation sont démontrées.

C'est encore à cette période du début que remontent ses premières recherches sur l'action glycogénique du foie. De toutes les découvertes de Claude Bernard, aucune n'a fait autant de bruit. Depuis l'époque de Galien, où l'on considérait le foie comme l'organe transformateur dans le sein duquel le liquide nourricier apporté par les veines de l'intestin devient le sang lui-même, c'est la première fois qu'on soulevait un coin du voile sous lequel se dérobe encore une partie du mystère.

Claude Bernard annonce qu'il s'engendre dans le foie, et d'une manière continue, un sucre analogue à celui qui résulte de la transformation de l'amidon, et, qu'entraîné par la circulation, ce sucre, incessamment versé dans la masse du sang, se décompose et disparaît. Et non seulement il l'annonce, mais il le prouve; et, pour répondre aux oppositions passionnées qui surgissent de toutes parts, il le démontre avec un luxe de preuves, où ses rares qualités éclatent dans tout leur jour, et où l'on ne sait ce qu'on doit le

ment par une incision transversale faite en avant de l'orifice de la fistule. *Cette incision doit porter jusque sur les corps caverneux et être assez profonde pour permettre le redressement complet de la verge sur le pubis.* Je tiens à vous faire remarquer, dès à présent, que jamais il n'y a d'hémorrhagie inquiétante après une incision pratiquée de la sorte.

L'incision transversale, après le redressement du pénis, donne une plaie en losange très allongé dont le grand axe est parallèle à la direction de la verge. Il ne reste plus dès lors qu'à passer des fils en travers et à faire une suture, dans le double but de maintenir l'élongation de la verge aussi bien que de préparer la face dorsale du canal futur.

La deuxième partie de l'opération doit être faite en moyenne un an au plus tôt après le premier temps, véritable opération préliminaire, que je viens de vous décrire, c'est-à-dire à un moment où la rétraction cicatricielle n'est plus à craindre; c'est ce deuxième temps qui constitue le fond des procédés de MM. Th. Anger et Duplay.

Dans le premier des deux, une incision longitudinale parallèle au bord de la fistule, légèrement oblique en dedans à ses deux extrémités, est pratiquée sur la face latérale gauche, du pénis, par exemple; puis un lambeau est disséqué de dehors en dedans à partir de cette incision jusqu'à une courte distance de la ligne médiane. Ce lambeau est ensuite enroulé autour d'une sonde passée dans le canal de telle façon que la face cutanée du lambeau devient face uréthrale et que la face cruentée se trouve au contraire extérieure. Un lambeau analogue est taillé en sens inverse sur la partie latérale droite et enroulé autour de la sonde, de telle sorte que la face cutanée reste superficielle, mais que sa face cruentée vienne recouvrir la surface analogue du premier lambeau. L'adaptation est maintenue au moyen de fils métalliques et de tubes de Galli.

Tel est, vous ai-je dit, messieurs, le procédé que je serais disposé à mettre en pratique dans le cas actuel, à cause de l'étendue de la perte de substance du canal.

Mais, à supposer que je puisse donner suite à cette idée, deux raisons s'opposent à l'exécution immédiate de cette méthode :

1° D'abord le rétrécissement de l'orifice postérieur de la fistule, rétrécissement tel que cet orifice admet seulement un n° 16 filière Charrière. Cet orifice insuffisant ne pourrait, sans inconvénient, être inclus dans la portion restaurée du canal. De plus, il rendrait impraticable le cathétérisme répété, qui doit être préféré, autant que possible, après l'opération, à la sonde à demeure;

2° L'existence d'une bride cicatricielle transversale entre les deux orifices, bride qui fait relief sur la paroi supérieure du canal à laquelle elle adhère, et qui étrangle latéralement le pénis.

La petite opération préliminaire qui doit, selon moi, nécessairement précéder la restauration de l'uréthre, comprendra les temps suivants :

1° Incision longitudinale médiane, prolongée dans les deux bouts du canal, au-delà des orifices, sorte d'uréthrotomie interne à ciel ouvert, qui coupera en travers la bride cicatricielle décrite plus haut et aura pour conséquence immédiate l'élargissement du méat postérieur;

2° Très courtes incisions transversales sur la bride cicatricielle elle-même, des deux côtés de l'incision longitudinale, sur laquelle elles tomberont perpendiculairement;

3° Dissection des quatre petits lambeaux, limités par ces incisions jusqu'à une certaine distance de la ligne médiane, et fixation des quatre angles aux tissus sous-jacents au moyen d'un point de suture.

Cette dissection aura pour résultat la formation d'une gouttière allant d'un orifice à l'autre, qui après cicatrisation constituera plus tard la paroi supérieure régularisée de l'urèthre.

Dans quelques semaines, lorsque le tissu cicatriciel aura recouvré toute sa vitalité et que cette petite région aura pris sa forme définitive, je verrai si le procédé de M. Th. Anger réunit les conditions désirables par le succès, ou s'il faudra me rabattre sur un des procédés qui empruntent des lambeaux au fourreau de la verge, là où les téguments ont la plus grande laxité.

---

plus admirer ou de l'esprit de méthode, ou de l'esprit d'invention de l'expérimentateur.

Heureusement ramené sur ce sujet pendant plus de vingt ans par la contradiction, il revient sur les chemins qu'il a déjà parcourus; ses idées s'étendent, se rectifient, se complètent, et la glycogénie hépatique, désormais incontestée, revêt enfin sa formule définitive.

Durant la vie, le foie ne renferme qu'une très faible quantité de sucre, parce qu'aussitôt formé, la circulation l'entraîne. Après la mort ou sur le foie extrait du corps de l'animal vivant, l'action glycogénique dure encore quelque temps; n'étant plus enlevé par la circulation, le sucre s'accumule. Si on le recherche avant que des métamorphoses plus avancées ne l'aient fait disparaître, c'est alors qu'on en trouve le plus. En réponse à ceux qui ne voulaient voir dans la formation du sucre dans le foie qu'une réaction *post mortem*, qu'un phénomène d'ordre cadavérique, Claude Bernard répond victorieusement en montrant qu'un lobe du foie dans lequel on suspend la circulation pendant la vie, renferme bientôt dans son tissu une quantité relativement considérable de sucre. C'est aux dépens d'une substance particulière, matière glycogène ou amidon animal, que se forme le sucre qu'entraîne incessamment l'irrigation sanguine; les principes albuminoïdes du sang aussi bien que les sucres de la digestion peuvent lui donner naissance. Les matières sucrées résultant de la digestion des amylacées, le foie les arrête en quelque sorte au passage et les emmagasine pour en régler la distribution. L'amidon végétal, cette substance si abondante dans l'alimentation, que la digestion transforme en sucre et que l'absorption conduit au foie, ne saurait y séjourner sous cette forme soluble sans se détruire; elle devient amidon animal, reprenant ainsi, pour un temps variable, sa stabilité première. On croyait que l'animal ne pouvait que défaire l'amidon pour en faire du sucre : Claude Bernard montre qu'il peut, à l'instar de la plante, réaliser la combinaison inverse et faire de l'amidon avec du sucre.

Ai-je besoin de rappeler ici cette expérience célèbre de la piqûre du bulbe, suivie d'une suractivité de la fonction glycogénique, de l'accumulation du sucre dans le sang, et de l'apparition d'un diabète temporaire ?

Claude Bernard vient de saisir, en quelque sorte au passage, l'action qu'exerce sur le foie le système nerveux; il prouvera plus

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

KYSTE DE L'OVAIRE; OVARIOTOMIE AVEC PÉDICULE LAISSÉ AU DEHORS; LÉGER ÉCOULEMENT MENSTRUEL AU NIVEAU DE LA CICATRICE DU PÉDICULE; INDURATION ET EXCORIATION DE CETTE CICATRICE; DÉPÉRISSEMENT GÉNÉRAL; PLEURÉSIE; MORT; AUTOPSIE; GÉNÉRALISATION CANCÉREUSE (1), par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie.

Fouq... (Louise), âgée de 24 ans, couturière, entre le 15 mai 1880 dans mon service de la Pitié, salle Saint-Jean (actuellement salle Gerdy), numéro 1. Son admission est motivée par une ulcération au niveau d'une cicatrice d'ovariotomie et par des douleurs dans le ventre.

Antécédents. — Le père de cette jeune fille est mort à 68 ans, sans cause connue. Sa mère encore vivante est en bonne santé. Elle-même n'a jamais eu de maladie.

Au commencement de 1877, elle éprouva de légères douleurs dans la partie inférieure du ventre. Bientôt ces douleurs devinrent plus fréquentes et plus vives. En même temps le ventre augmenta de volume. Les règles apparaissaient tous les quinze jours. Au mois de juillet 1878, le ventre était énorme, la digestion difficile, le membre inférieur gauche œdématié. Admise à Lariboisière, on lui fit quatre ponctions, qui donnèrent issue tantôt à un liquide jaunâtre, tantôt à un liquide brun foncé.

Le 10 novembre 1878, M. Pozzi pratiqua l'ovariotomie en laissant le pédicule entre les lèvres de la plaie. Trente-trois jours après, l'opérée sortait guérie de l'hôpital.

Depuis l'ovariotomie, la santé de Louise Fouq... était devenue excellente. Elle ressentait bien, au moment des règles, quelques douleurs dans le ventre, et elle avait remarqué qu'à ces moments elle perdait quelques gouttes de sang par la cicatrice; mais ces douleurs étaient légères, les règles étaient normales par leur quantité et l'époque de leur apparition, et la malade avait pris un embonpoint qui lui donnait une apparence florissante.

Au mois de janvier 1880, quelques élancements se firent sentir à la partie inférieure de la cicatrice, qui s'excoria. On lui fit porter une ceinture construite de façon à ne pas frotter sur les points douloureux. Malgré cette précaution, la petite excoriation augmenta d'étendue; sa base s'indura; les élancements devinrent plus vifs.

(1) Observation communiquée à la Société de chirurgie, séance du 6 mai 1885.

État actuel. — A son entrée à la Pitié, le 15 mai 1880, je constate au niveau de la cicatrice abdominale, dans le lieu où le pédicule a été fixé, une petite ulcération rouge, saignante et douloureuse. Les bords de l'ulcération sont durs, et en palpant avec soin l'abdomen, je sens que l'induration se prolonge profondément et forme une plaque, qui a presque la largeur de la paume de la main. Le toucher vaginal ne fait rien constater.

Petit à petit, l'ulcération augmenta d'étendue, malgré les divers pansements que j'essayai. La malade alla en dépérissant de plus en plus.

Au commencement de juin, apparition d'une pleurésie à droite, pleurésie survenue sans bruit et de nature suspecte. L'épanchement disparaît peu à peu. Mais il reste une matité absolue en avant du côté droit. Bientôt, on constate des frottements au sommet du poumon du même côté et du retentissement de la toux qui est sèche et fréquente. Peu de crachats. Pas d'hémoptysie. L'état général devient de plus en plus mauvais. Amaigrissement considérable. A tous ces symptômes alarmants viennent s'ajouter des vomissements, que rien ne peut calmer. Depuis le 10 juillet, presque tous les aliments, même le lait et le bouillon, sont vomis. Enfin, le 11 août, la malade succombe.

Autopsie. — La cavité abdominale est ouverte par une longue incision à concavité inférieure, passant par l'épigastre et aboutissant aux épines iliaques. Trois litres environ de sérosité citrine s'écoulent au dehors. En rabattant sur le pubis le lambeau formé par la paroi abdominale, on constate quelques adhérences entre les intestins et le péritoine pariétal. Plus bas, la paroi abdominale est solidement unie à un pédicule épais, résistant, dont l'insertion répond à la cicatrice cutanée, et qui n'est autre chose que le pédicule de la tumeur opérée, il y a vingt mois. Ce pédicule forme une sorte de pont sous lequel on peut passer le doigt. Il aboutit au corps de l'utérus.

Une tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit l'excavation pelvienne et déborde en haut le détroit supérieur. Cette tumeur, bosselée, libre d'adhérences, répond par son pédicule au ligament large gauche. Elle est formée par une masse polykystique. La poche principale contient un liquide blanchâtre, de consistance sirupeuse, filant. Dans un point, la production morbide revêt l'aspect d'un tissu sarcomateux.

Dans toute la cavité péritonéale, sur les feuillets pariétal et viscéral du péritoine, sur le grand épiploon, existe un grand nombre de petites plaques, légèrement saillantes, variant entre la dimension d'une lentille et celle d'une pièce de cinquante centimes. Ces plaques sont de nature cancéreuse.

L'estomac est très rétracté.

Le foie est adhérent au diaphragme par sa face convexe. Sa

---

tard que l'excitation physiologique initiale, née des impressions inconscientes de la sensibilité viscérale, portée vers les masses nerveuses centrales, ou directement engendrée par elles, descend par la voie du grand sympathique.

(A suivre.)

CHOLÉRA. — Des dépêches officielles d'Espagne annoncent que le choléra a reparu dans quelques-unes des localités de la province de Valence, où il a naguère exercé ses ravages.

***

Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent confrère, M. le docteur Grimaud, a été réintégré dans son titre et ses fonctions d'inspecteur des thermes de Barèges.

***

CONCOURS. — Les candidats qui se sont fait inscrire pour le concours à deux places de chirurgien du Bureau central, qui doit s'ouvrir le 18 mai 1885, sont : MM. les docteurs Ozenne, Rémy, Lebbé, Brun, Jerjavey, Gernier, Jullien, Petit-Vénel, Picqué, Michaud, Ménard, Routier, Castex, Nepveu, Bazy, Ramonède, Ramonat, Barette, Poirier et Marchant.

Le jury, tiré au sort, se compose de : MM. Le Dentu, Tillaux, Berger, Terrier, Bacquoy, Delens et Cusco. Ces deux derniers n'ont pas fait encore connaître leur acceptation.

— Un nouveau concours public pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le vendredi 12 juin 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

***

L'inauguration du nouvel hôpital du Havre aura lieu le 31 mai prochain. Situé sur la côte d'Ingouville, cet hôpital présente l'application du système des chalets isolés et à simple rez-de-chaussée.

***

COURS THÉORIQUE ET PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. le docteur Doleris, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté, commencera son cours le mardi 26 mai à 4 heures.

Le cours est complet en cinquante leçons, y compris les manœuvres et opérations techniques. — S'adresser, 89, rue d'Assas, à la Clinique d'accouchements.

surface ne présente rien d'anormal. Mais, en pratiquant des coupes, on découvre dans son parenchyme des noyaux cancéreux dont l'un est gros comme une noix.

Rien dans les autres viscères abdominaux.

Du côté de la poitrine, épanchement séreux, abondant, dans la plèvre droite. Le poumon est refoulé contre le médiastin. Toute la plèvre est épaisse, fibreuse, criblée par un piqueté hémorrhagique. Le poumon est rouge violacé, non crépitant, sans production cancéreuse. A gauche, la plèvre diaphragmatique présente quelques noyaux blanchâtres, opaques, analogues à ceux du péritoine.

Rien au *péricarde*. Le cœur est petit et flasque.

BIBLIOGRAPHIE

DES AFFECTIONS VÉNÉRIENNES TRAITÉES PAR LES EAUX SULFUREUSES DE LUCHON. — Un volume in-8°, par le docteur LAMBRON, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, et par le docteur DOIT-LAMBRON, médecin consultant à Luchon.

L'un des auteurs nous apprend dans une introduction que cet ouvrage est le résultat d'une longue pratique médicale à Luchon (32 années) et l'exposé des déductions thérapeutiques tirées de nombreuses observations de syphilis. En raison de ces faits et aussi des conclusions très consolantes auxquelles arrivent ces auteurs, ce livre ne pouvait manquer d'être intéressant.

Dans une première partie, intitulée : *Résumé de nos connaissances actuelles sur la syphilis*, ils nous donnent l'historique, l'étiologie de cette maladie, son mode d'être chez l'adulte, chez l'enfant et enfin son traitement.

Dans une deuxième partie, qui est réellement originale, ils nous montrent les actions variées et très remarquables des eaux sulfureuses naturelles et le concours puissant qu'elles apportent d'une manière immédiate ou médiate à la cure des syphilis compliquées, récidivantes, rebelles, etc.

En effet, ces eaux sont tour à tour :

1° Aggravantes de la syphilis, c'est-à-dire que, le plus souvent administrées seules, énergiquement et sans antisyphilitiques, elles augmentent l'état morbide ;

2° Curatives on antisyphilitiques exceptionnellement ; cette action, en contradiction avec la précédente, n'est qu'apparente, attendu qu'elle est due aux médicaments spéciaux précédemment employés ;

3° Distinctives des accidents syphilitiques mélangés à des manifestations diathésiques concomitentes : scrofulisme, lymphatisme, arthritisme, herpétisme ;

4° Reconstituantes dans les cachexies ;

5° Caractérisantes des syphilis larvées ;

6° Révélatrices et décélantes des syphilis latentes ;

7° Pierre de touche ou affirmatives de la guérison ou de la persistance du mal ;

8° Préventives et réparatrices des accidents causés par le mercure ;

9° Auxiliaires ou adjuvantes des médicaments spéciaux de la syphilis.

C'est dans les syphilis graves, rebelles aux traitements les mieux suivis, compliquées d'un état diathésique, que les eaux de Luchon doivent être recherchées et employées.

Avant le docteur Lambron, on administrait les mercuriaux et les eaux sulfureuses à des heures plus ou moins éloignées. Ce médecin eut l'idée d'incorporer le sublimé à la boisson sulfureuse en y associant du sirop de salsepareille qui empêche la double décomposition qui s'opérerait entre le monosulfure de sodium et le sublimé et produirait un précipité noir de sulfure de mercure.

C'est le traitement nouveau en double, sulfuro-hydrargyrique ; le grand traitement ou triple est l'administration simultanée des eaux sulfureuses et des mercuriaux combinés, puis de l'iodure de potassium donné à part au commencement des repas.

Cette pratique, qui a permis d'administrer des doses massives de sublimé sans inconvénients, a donné d'assez beaux résultats pour que ces auteurs n'hésitent pas à affirmer qu'une syphilis, quelque rebelle qu'elle soit, ne résiste pas au grand traitement appliqué pendant deux saisons thermales, et à l'emploi, dans l'intervalle, de l'iodure de potassium ; ils appuient cette affirmation sur ce que, après ce traitement, les cures thermales d'épreuve ou de pierre de touche n'ont jamais offert de récidives.

PAUL DALCHÉ.

BULLETIN

DEUXIÈME SÉRIE DE CONFÉRENCES POUR L'ÉLUCIDATION DE LA QUESTION DU CHOLÉRA, tenues à Berlin les 4, 5 et 6 mai 1885 (1).

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

M. PETTENKOFER, en réponse à ce que M. Koch avait dit de la transmission du contage cholérique par l'eau utilisée comme boisson, déclare que partout où on a indiqué comme cause de la cessation d'une épidémie de choléra l'utilisation d'une eau de meilleure qualité pour les usages alimentaires, on avait, du même coup, mis à exécution d'autres mesures d'hygiène, en particulier l'assainissement du sol. Il en a été ainsi, entre autres, au Fort-William, près de Calcutta. M. Pettenkofer attache une certaine importance à relever ce fait, parce que, dit-il, avec les idées qui tendent à prévaloir, l'autorité croit avoir fait assez pour la santé des populations, lorsqu'une localité se trouve pourvue d'eau de bonne qualité. A ses yeux, l'assainissement du sol a une importance plus grande encore. Tout en maintenant que les eaux souterraines jouent, par rapport au développement du choléra, le rôle d'*indicateur*, M. Pettenkofer ne prétend pas qu'il faille uniquement tenir compte du niveau de la nappe souterraine ; ce qui importe, ce sont les oscillations dans le degré d'imprégnation du sol par la nappe d'eau sous-jacente. Or, on ne peut pas se renseigner d'une façon exacte sur ces oscillations d'après la hauteur des eaux des puits dont les variations de niveau dépendent exclusivement des variations de niveau des cours d'eau voisins. M. Pettenkofer se réserve de publier une réfutation en règle des objections que lui a adressées M. Koch.

M. B. FRAENKEL a posé en fait, que le bacille en virgule est le germe du choléra et que, pour qu'une épidémie de choléra se développe, il est nécessaire que le bacille puisse germer hors de l'organisme humain. Ce dernier facteur est évidem-

(1) D'après le compte rendu officiel paru in : DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1885, nos 19 et suivants.

ment subordonné à des circonstances de temps et de lieu. M. B. Fraenkel a demandé à M. Pettenkofer si, dans ce que nous savons des circonstances de temps et de lieu qui président au développement des épidémies de choléra, il se trouve des faits contraires à la théorie qui représente le bacille en virgule comme le germe de cette maladie?

M. Pettenkofer a répondu : Les circonstances de temps et de lieu dépendent ; 1o de la constitution physique (perméabilité) du sol ; 2o de la proportion d'eau qui l'imprègne et des variations de cette imprégnation; 3o de l'imprégnation du sol par des matières organiques. Le bacille en virgule, ou toute autre bactérie, ne pourra être légitimement considéré comme étant le germe du choléra qu'une fois la preuve faite que ce que l'on sait dudit micro-organisme ne contredit pas ce que les faits d'observation nous ont appris sur les conditions de temps et de lieu du développement d'une épidémie. Il faudrait donc que le bacille du choléra, comme le virus de la malaria, fût dans une dépendance étroite du sol.

M. Virchow s'élève encore une fois contre l'exclusivisme de Pettenkofer. Pourquoi le germe qui fait éclore le choléra ne pourrait-il point passer dans l'eau utilisée comme boisson, en admettant que ce germe se trouve dans le sol? Cela conduit de suite à poser la question pratique en ces termes : L'amélioration des eaux potables peut-elle restreindre les ravages du choléra? Aux faits qui plaident pour l'affirmative et qui ont été cités par M. Koch, M. Pettenkofer objecte que des circonstances autres que l'amélioration des eaux sont intervenues. Mais on pourrait lui retourner l'objection et lui demander ce qui prouve que ces autres facteurs ont eu une certaine part dans la décroissance ou l'arrêt d'une épidémie locale? Quand une ville reçoit un plus grand approvisionnement d'eau, le lavage des égouts et l'enlèvement des déjections humaines se font mieux. Il est très vraisemblable que ces diverses circonstances jouent chacune un certain rôle dans la décroissance des maladies infectieuses. Ce que l'on a dit du choléra s'applique à la fièvre typhoïde. Ainsi, à Halle, l'établissement d'une canalisation d'eau de source a été suivi d'une diminution subite et durable du nombre des cas de fièvre typhoïde, et les maisons alimentées en eau de bonne qualité ont été, depuis, épargnées par la maladie. Tout cela ne signifie point que le choléra et la fièvre typhoïde n'aient rien à voir avec la constitution du sol. M. Virchow a toujours soutenu que les micro-organismes ne trouvent les aliments nécessaires à leur développement que dans les couches superficielles du sol. Cette notion a une grande importance. Cependant, on ne saurait prétendre tout expliquer par les matières infectieuses qui sont contenues dans ces couches superficielles. Des recherches de M. Babes, faites à l'Institut anatomo-pathologique de Berlin, ont démontré que, dans la lutte pour la vie qui se poursuit entre les organismes inférieurs, les bacilles en virgule sont rapidement anéantis par d'autres microbes, par ceux de la putréfaction, par exemple. On entrevoit ainsi que la germination des bacilles en virgule est subordonnée à des circonstances multiples. On sait qu'une certaine prédisposition individuelle est nécessaire pour contracter le choléra, et que l'attaque de choléra coïncide habituellement avec la période de la digestion où les substances contenues dans l'estomac sont prêtes à pénétrer dans l'intestin, où par conséquent des germes peuvent parvenir dans cette portion du tube digestif, sans avoir été en contact prolongé avec le suc gastrique acide. L'air, également, doit jouer un certain rôle dans la contagion du choléra ; ainsi, le simple dépliage de linges humides souillés par des déjections de cholérique peut faire passer des germes dans l'air ambiant et de là dans la bouche d'êtres humains.

La quatrième et dernière question portée à l'ordre du jour était la suivante : *Conséquences pratiques concernant les mesures à prendre contre le choléra.*

M. Koch a résumé dans les points suivants les mesures de préservation contre le choléra qui pourraient être arrêtées :

1· Mesures tendant à anéantir directement le germe infectieux, désinfection des déjections, destruction ou désinfection radicale du linge, etc.

2· Mesures sanitaires destinées à éloigner le germe infectieux du voisinage des populations, canalisation des cités, alimentation en eau de bonne qualité pour les usages alimentaires et domestiques.

3· Surveillance des populations confiée à des hommes compétents, à seule fin de diagnostiquer, dans le plus bref délai, les premiers cas de choléra et d'étouffer une épidémie à ses premiers débuts. Les malades devront être isolés, ou du moins confinés de telle sorte qu'ils ne puissent propager la contagion. Évacuation des maisons contaminées, c'est-à-dire qu'on en fera sortir les personnes bien portantes pour les soumettre à une surveillance spéciale.

4· Instructions adressées aux populations et devant contribuer à les tranquilliser. Le public devra être instruit des dangers d'infection que font courir l'usage des aliments non cuits, de l'eau de puits non bouillie, et surtout le contact avec du linge de cholériques non désinfecté.

A une remarque faite par M. Günther, sur la difficulté qu'il y a, dans l'état actuel de la science, de décider quelles eaux, en temps d'épidémie, sont dangereuses pour la santé, M. Koch répond qu'il ne faut pas s'en tenir aux résultats de l'analyse chimique, qu'il faut encore examiner l'eau au point de vue de sa richesse en germes et de la nature de ceux-ci.

M. Günther trouve les inspections organisées sur les voies ferrées comme étant à la fois d'une exécution difficile et d'une utilité douteuse.

M. S. Neumann fait remarquer que la diarrhée prémonitoire échappe à tout contrôle et que cependant c'est une manifestation du choléra.

M. Kœhler est d'avis qu'il faut maintenir les inspections dans les gares de chemins de fer, afin qu'en présence des mesures rigoureuses adoptées pour les communications maritimes le public ne reproche pas aux autorités de ne rien faire pour les communications sur terre ferme.

M. Mehlausen insiste sur l'importance de veiller à la salubrité des cours d'eau, et principalement des petits cours d'eau qui servent à l'alimentation des populations riveraines.

M. Eulenburg mentionne, à ce propos, ce qui s'est passé à Wiesbaden et à Liegnitz. Le choléra a été importé dans ces localités à la suite de l'infection des rivières qui les traversent.

M. Virchow : D'après les recherches du professeur Wolff, avec l'*appareil* transportable à désinfection de *Bacon* on peut anéantir tous les bacilles contenus dans l'eau. La municipalité de Berlin avait l'intention d'installer des postes fixes de désinfection ; mais, dans beaucoup de circonstances, l'adoption de l'appareil transportable suffira. L'isolement des cholériques est nécessaire. L'établissement de quarantaines terrestres est

impossible, mais on ne saurait refuser aux populations insulaires le droit de se préserver contre l'infection au prix d'un isolement rigoureux.

M. KOCH a insisté sur le parti à tirer de la dessication, pour la désinfection en temps de choléra. Pour la désinfection du mobilier et des locaux, il suffira de recourir au chauffage. Dans bien des cas, le blanchiment des murs à la chaux suffira. Le sublimé tue parfaitement les bacilles en virgule, mais ce n'est pas un désinfectant à employer en grand.

M. PETTENKOFER accorde qu'il y a lieu de faire quelque chose pour tranquilliser le public. Il fait remarquer, toutefois, que les règlements édictés pour l'isolement des malades, la désinfection, etc., ne tranchent pas la question de savoir si, à un moment donné, le choléra a ou non éclaté dans une localité, si l'épidémie est en décroissance ou augmente, etc.

M. VIRCHOW rappelle qu'en 1848-49 les médecins de Berlin partaient de ce point, que le choléra n'est pas contagieux; or c'est pendant cette épidémie que le choléra a exercé les plus grands ravages (12 pour 1,000). Pour juger de l'utilité des mesures de préservation, il vaut mieux s'en rapporter aux faits considérés isolément, qu'à l'ensemble des observations.

M. MELHAUSEN est d'avis que les cadavres des cholériques devraient être enveloppés dans des linceuils imprégnés d'acide phénique, placés dans des cercueils goudronnés, à parois très épaisses, et, sans exposition préalable, être enterrés au plus tôt.

Sur un cinquième article additionnel : *Autres sujets pouvant être mis en discussion par les membres de la Conférence*, personne n'a demandé la parole. M. Virchow a prononcé la clôture de la Conférence.

E. R.

CONFÉRENCES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'HÔPITAL BICHAT, par M. le docteur HENRI HUCHARD, médecin des hôpitaux.

Le 10 mai dernier, M. le docteur Henri Huchard a inauguré ses conférences cliniques et thérapeutiques, à l'hôpital Bichat, devant un nombreux et sympathique auditoire d'élèves et de médecins. M. Huchard a choisi comme sujet de sa première conférence l'artério-sclérose, maladie généralisée qui se manifeste par des lésions multiples pouvant affecter les divers organes de l'économie. Ce qui frappe surtout l'observateur dans le tableau clinique de cette maladie, c'est la diversité de ses symptômes. A l'appui de cette thèse, M. Huchard retrace rapidement l'histoire clinique de plusieurs malades de son service hospitalier.

Voici d'abord un homme qui est entré à l'hôpital pour une broncho-pneumonie survenue à la suite d'un refroidissement. Au bout de quelques jours, sous l'influence d'un traitement approprié, tous les symptômes pulmonaires et bronchitiques disparaissent. Cependant la dyspnée persiste, dyspnée particulière, paroxystique, principalement nocturne, dans laquelle on retrouve tous les caractères de la respiration de Cheyne-Stokes. En face d'une dyspnée de cette nature, l'on se demande immédiatement si l'on a affaire à une maladie cérébrale ou à une affection cardiaque, ou enfin à une lésion rénale. L'examen des urines vint bientôt lever tous les doutes. Le malade en question était atteint de néphrite interstitielle, laquelle était elle-même sous la dépendance d'une altération généralisée du système artériel. Cet homme était un alcoolique; toutes ses artères, et surtout les artères rénales, avaient subi la dégénérescence athéromateuse.

D'autres fois, l'artério-sclérose se manifeste primitivement par des symptômes cérébraux. Un homme présente successivement, à six mois d'intervalle, deux hémiparésies, siégeant la première à droite, la seconde à gauche, sans symptômes d'apoplexie. C'est un alcoolique endurci et, comme tel, artério-scléreux.

Il est des cas où le cœur entre le premier en souffrance à la suite de l'altération athéromateuse du système artériel. Un malade est admis à l'hôpital pour une affection cardiaque arrivée à son dernier terme, à l'asystolie. Le cœur est considérablement hypertrophié; l'auscultation révèle, au niveau de l'orifice mitral, un souffle d'insuffisance fonctionnelle. Quelle est la nature de la maladie de cet homme? Il n'est nullement rhumatisant, mais, par suite de ses habitudes invétérées d'alcoolisme, son système artériel est profondément altéré, surtout du côté du cœur. On a affaire à une cardiopathie d'origine artérielle. L'artério-sclérose a commencé chez lui par le cœur, comme elle débute chez d'autres malades par les reins.

Parfois on observe des scléroses associées; tel est le cas, par exemple, dans la sclérose simultanée du cœur et des reins. Dès 1836, Bright avait remarqué que, dans le cours de certaines néphrites, lorsque le rein est petit et contracté, le cœur était au contraire énorme et dilaté. Bright se trompait dans l'interprétation de ce phénomène. Il supposait que le sang, étant adultéré par suite des lésions rénales, irritait la fibre musculaire du cœur et amenait ainsi l'hypertrophie de cet organe. Traube, entre autres, pensait que consécutivement à l'atrophie rénale, il survenait une élévation de la tension artérielle, qui avait pour conséquence une augmentation de la contractilité des fibres du cœur et, finalement, une hypertrophie cardiaque. M. Lancereaux a eu le grand mérite de démontrer que l'hypertrophie du cœur et l'altération rénale étaient sous la dépendance d'une lésion identique et d'une cause, toujours la même, l'artério-sclérose.

Les lésions de l'artério-sclérose ne sont pas limitées au cœur, aux reins, au cerveau; tous les organes peuvent devenir malades. A côté des hémorrhagies cérébrales, on a noté des hémorrhagies nasales, rétiniennes. On a vu survenir également, à la suite de l'artérite, des gangrènes symétriques des extrémités, des gastrites interstitielles, des cirrhoses, non pas des cirrhoses cardiaques, dues à une stase veineuse, mais des cirrhoses qui relèvent de l'artérite, comme l'a démontré M. Talamon.

Enfin, un certain nombre d'affections de la moelle sont produites vraisemblablement aussi par l'artério-sclérose. En effet, cette dégénérescence artérielle donne bien naissance, du côté du cerveau, à des ramollissements; pourquoi n'intéresserait-elle pas de la même façon la moelle? Les causes des affections de la moelle sont encore mal connues; mais, dans ces derniers temps, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Grasset, Letulle, Hippolyte Martin, Ballet, Déjérine, Demange, ont mis en avant, pour bien des cas, cette étiologie vasculaire.

Avant de terminer sa conférence, M. Huchard a esquissé quelques mots du traitement de l'artério-sclérose. A cette maladie artérielle, il faut opposer dès le début, c'est-à-dire à la période encore curable, une médication artérielle. Cette mé-

dication, nous la possédons dans l'iodure de potassium administré sans relâche pendant des mois et des années. L'iodure de potassium est un médicament artériel de la plus haute valeur. Il guérit les anévrysmes de l'aorte, il empêche les hémorrhagies cérébrales de se produire, il combat avec efficacité l'arthritisme, enfin il donne les plus heureux résultats dans l'angine de poitrine, qui n'est pas une maladie nerveuse, comme on l'a dit, mais une affection artérielle.

B.

NOTES & INFORMATIONS

INAUGURATION DE LA STATUE DE BOUILLAUD A ANGOULÊME. — Samedi dernier, a eu lieu, à Angoulême, comme nous l'avions annoncé, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bouillaud. Le docteur Bessette, président de l'Association des médecins de la Charente, présidait la fête. Après une courte allocution du maire d'Angoulême, il a, en des termes excellents et vivement applaudis, adressé des remerciements à tous ceux qui, à un titre quelconque, ont concouru à rendre à son illustre compatriote l'hommage public qui lui était dû. Ensuite, M. Vulpian, au nom de l'Académie des sciences, M. Laboulbène, au nom de la Faculté de médecine de Paris, M. Henri Roger, au nom de l'Académie de médecine, ont pris successivement la parole, retracé à grands traits la vie si bien remplie de Bouillaud et rappelé les travaux, les découvertes qui lui assurent une place si élevée dans l'histoire médicale de notre temps.

La statue de Bouillaud, en bronze et haute de 2m,30, représente le maître debout et dans sa robe professorale. Elle est l'œuvre d'un artiste de talent, M. Verlet, compatriote de celui dont il avait à transmettre les traits à la postérité. Les quatre faces du socle portent des inscriptions qui rappellent les titres scientifiques et les œuvres capitales de Bouillaud. Sur la face antérieure, on lit :

JEAN BOUILLAUD,
NÉ A GARAT,
LE 16 SEPTEMBRE 1796,
DÉCÉDÉ A PARIS,
LE 29 OCTOBRE 1881.
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
1825.
PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS, 1831.
DÉPUTÉ DE LA CHARENTE,
1842.
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,
1867.

Sur le côté droit :

ESSAI SUR LA PHILOSOPHIE MÉDICALE,
1836.
CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL
DE LA CHARITÉ,
1837.
TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR,
1842.
TRAITÉ DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE,
1846.

Sur la face postérieure :

AU DOCTEUR BOUILLAUD,
SES ÉLÈVES, SES ADMIRATEURS,
LA CHARENTE,
LA VILLE D'ANGOULÊME.

Sur le côté gauche :

TRAITÉ DE L'ENCÉPHALITE,
1825.
TRAITÉ DES FIÈVRES ESSENTIELLES,
1826.
TRAITÉ DU CHOLÉRA,
1832.
TRAITÉ DU RHUMATISME ARTICULAIRE,
1835.

— SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La salle de la rue des Saints-Pères était superbe mardi dernier : des plantes verdoyantes, des corbeilles de fleurs dans tous les coins ; aux murs des drapeaux ; au pied de la tribune de nombreuses et charmantes dames étalant de belles toilettes ; dans la salle, les académiciens arrivés en retard ne trouvant pas à se placer ; sur l'estrade, et en costume officiel, les membres du bureau actuel et les présidents des deux dernières années. L'Académie avait à décerner les prix de 1883 et de 1884. Il paraît que cette année elle reprendra ses errements d'exactitude traditionnelle.

M. Proust, secrétaire annuel, chargé du rapport général sur les prix, s'est acquitté honorablement de cette tâche un peu ingrate et a rendu un pieux hommage à la mémoire de ceux de ses membres que l'Académie a récemment perdus : Dumas, Wurtz, Fauvel, Oulmont.

La proclamation des lauréats de deux années, surtout quand tous les auditeurs avaient sous les yeux leurs noms avec le programme des prix, ne pouvait offrir qu'un charme fort restreint. M. Hardy, pour 1883 et M. Alph. Guérin pour 1884, se sont partagé cette besogne, que le premier a su égayer de quelques boutades d'esprit heureusement placées.

La grande attraction de la séance, ce que de nos jours on est convenu d'appeler le *clou*, c'était l'éloge de Claude Bernard par le secrétaire perpétuel. Cet éloge restera l'un des meilleurs parmi ceux que l'on doit à la fine plume de M. Béclard, qui réunissait toutes les conditions voulues pour élever ce monument académique à la mémoire du grand physiologiste. Engagé dans la même voie que lui, il l'avait suivi dans sa brillante carrière ; il avait vécu dans un commerce intime avec lui, tout au moins scientifiquement ; il avait été initié dès la première heure aux recherches, aux découvertes, aux espérances de l'infatigable expérimentateur ; mieux que tout autre, il pouvait donc juger les précieuses conquêtes que la physiologie doit à Claude Bernard et décrire les horizons nouveaux que ce dernier a ouverts à la science. Les qualités littéraires de M. Béclard sont connues de tous ; son talent oratoire est à la même hauteur ; aussi l'audition de son éloge de mardi dernier a été un véritable régal pour ceux qui ont eu la bonne fortune d'assister à la séance de l'Académie. Nous publions plus loin cet éloge et ne doutons pas que nos lecteurs n'éprouvent à le lire un plaisir comparable à celui que nous avons eu à l'entendre. Nous les laissons d'ailleurs apprécier eux-mêmes la fidélité du portrait de Claude Bernard tracé par son éloquent panégyriste.

Voici les noms des lauréats proclamés pour les prix de 1883 et 1884 :

Prix de 1883 :

Prix de l'Académie. — Le prix n'a pas été décerné.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Prix : M. le docteur A. Poulet, médecin-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Prix : M. le docteur Paul Richer, chef du laboratoire de la Faculté de médecine.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Prix : M. le docteur Cazin, médecin en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement une somme de 500 francs à M. le docteur William Murrell, de Londres.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement :

1o 1,500 francs à M. le docteur Chanvel ;

2° 500 francs à M. le docteur Georges Nicholich Junior, de Trieste.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Onze mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde, comme encouragement :

1o 500 francs à M. le docteur Vieusse, médecin-major de première classe ;

2o 500 francs à M. le docteur Campardon, de Paris ;

3o 500 francs à M. le docteur Huchard.

L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à MM. les docteurs Georges Nicholich Junior, de Trieste, et Maxime Drouot, à Moutiers-sur-Saulx (Meuse).

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Prix : M. le docteur A. Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Mention honorable : M. le docteur A. Chapuis, pharmacien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

Prix fondé par Mme Vernois. — Prix : M. le docteur Charles Eloy, médecin-inspecteur des établissements communaux de Paris.

Mentions honorables : MM. les docteurs Paul Fabre (de Commentry), Martin et Napias.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Prix de 1,500 francs à M. le docteur Arloing, professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Récompense : 500 francs à M. le docteur F.-P. Guiard.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Prix : M. le docteur Denucé, de Bordeaux.

Fondation Auguste Monbinne. — L'Académie accorde les sommes suivantes, avec le titre de lauréat de l'Académie :

1o 2,000 francs à M. le docteur C. Van Merris, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque ;

2o 500 francs à M. le docteur Louis Amat, médecin-major, à Rodez ;

3o 4,000 francs à M. le docteur A.-J. Martin ;

4o 2,000 francs à M. Straus et 2,000 francs à M. Roux.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Prix de 1,000 francs à M. le docteur Séjournet, de Revin (Ardennes).

Récompenses : 1o 500 francs à M. le docteur Rousse, de Fontenay-le-Comte (Vendée) ;

2o 200 francs à M. le docteur Th. Caradec fils, de Brest ;

3o 200 francs à M. le docteur Adrien Coriveaud, de Blaye (Gironde).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Léon Bec, médecin à Mezel (Basses-Alpes) et A. Lapierre, médecin à Sedan (Ardennes).

Récompenses pour les travaux étrangers à la question du concours. — Médailles d'argent : MM. Foville, inspecteur général des services administratifs ; Alois Epstein, de Prague (Bohême) ; Eugène Ory, sous-inspecteur des enfants assistés du département de la Loire.

Rappels de médailles d'argent : MM. Lavergne, inspecteur du service des enfants assistés dans le département de l'Allier ; Sagnier, médecin à la Grand'Combe.

Médailles de bronze : MM. Gilberton Dubreuil, de Jouy-en-Josas ; Léon Dardenne.

Mentions honorables : MM. les docteurs Louis Girault, de Paris ; Surbled, de Corbeil.

Suivent des médailles accordées aux médecins des épidémies, aux médecins-inspecteurs des eaux minérales et aux vaccinateurs qui se sont le plus distingués. Outre ces médailles, quatre prix de 500 francs pour le service des vaccinations ont été accordés à MM. Aubert, médecin-major de deuxième classe au 28e régiment de ligne ; Commenge, médecin à Paris (IVe arrondissement) ; Salle, médecin-major au 25e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne) ; Petit (René), médecin aide-major de première classe, à Zemmorah (Algérie).

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — M. Borius, médecin principal de la marine, qui, par décret du 17 mai dernier, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Hanoï. — Un autre médecin de la marine, M. Gaudefray, vient de succomber à la fièvre jaune qui sévit actuellement aux îles du Salut.

* * *

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Karth est chargé des fonctions de préparateur du concours d'hygiène, en remplacement de M. Schmitt, démissionnaire.

— Les étudiants en médecine ajournés avant le 8 juin 1885 sont informés : 1o que les épreuves pratiques seront renouvelées à la fin du mois de juin ou au commencement de juillet ; 2o que les épreuves orales seront renouvelées : du 15 juin au 1er juillet 1885, pour les candidats qui ont échoué avant le 15 mai ; et du 1er au 15 juillet, pour ceux qui auront échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai seront admis à consigner *jusqu'au 2 juin 1885*, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin seront admis à consigner *jusqu'au 7 juin 1885*, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date de leur dernier échec.

Corps de santé militaire. — Par décret du 19 mai 1885, ont été nommés, *Directeur de la direction du service de santé*, M. Baudoin, médecin-inspecteur, en remplacement de M. Didiot ; *Président du comité consultatif* : M. Didiot, nommé inspecteur général en remplacement de M. Legouest, admis dans la section de réserve ; *Médecin inspecteur* : M. Villemin, médecin principal de 1re classe.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 10 mai 1885, M. Morio (Émile-Théodore-Marie), pharmacien-professeur, a été nommé pharmacien en chef.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

37. M. Dargaud. De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. — 38. M. Piliotis. Névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde. — 39. M. Lainey. De l'avancement capsulaire. — 40. M. Gouzer. De la suppuration des bourses séreuses. — 41. M. Hagiescou. Note critique à propos d'un cas de désarticulation ancienne du genou suivie d'autopsie. — 42. M. Fafournoux. Contribution à l'étude des hydrocèles récidives de la

tunique vaginale et de leur traitement. — 43. M. Launois. De l'appareil urinaire des vieillards (étude anatomo-pathologique et clinique).

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 10 AU SAMEDI 16 MAI 1885.

Fièvre typhoïde 11. — Variole 3. — Rougeole 44. — Scarlatine 6. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 39. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 56. — Phthisie pulmonaire 193. — Autres tuberculoses 30. — Autres affections générales 46. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 26. — Pneumonie 81. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 24. — au sein et mixte 20. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 92. — de l'appareil circulatoire 77. — de l'appareil respiratoire 93. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 10. — Après tranmatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 22. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 1,030 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Le traitement jésuitique et ses prétendus dangers, par le docteur de Wecker, in-8. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Coca et la Cocaïne, par Mariani. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie d'Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

La Morphinomanie. — Les frontières de la folie. — Le dualisme cérébral, — Les rêves prolongés. — La folie gémellaire, ou aliénation mentale chez les jumeaux, par B. Ball. Un vol. in-18 de 170 pages. — Prix : 2 fr. 50. — A la libraire Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin, par le docteur G. Rouch, licencié ès sciences naturelles, ancien élève du laboratoire de physiologie de la Sorbonne et d'histologie zoologique de l'Ecole des hautes études, etc. Un volume de 110 pages, avec 29 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon

Traité de Thermométrie médicale, comprenant les abaissements de température, l'Algidité centrale et la Thermométrie locale, par P. Redard, lauréat de l'Institut (Académie des sciences). — Paris, 1885. Un vol. in-8 de 730 pages avec figures. — Prix : 12 fr. librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

La Législation relative aux aliénés, en Angleterre et en Ecosse, par le docteur A. Foville, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur. — Paris, 1885, 1 vol. gr. in-8, de 208 pages. — Prix : 5 fr., librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA PYÉLO-NÉPHRITE PRIMITIVE. — Leçons faites à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; recueillies par M. JUHEL-RÉNOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Suite et fin. — Voir les numéros 18, 20 et 21.

IV

Thérapeutique. — Traitement de la période aiguë. — Traitement de la période chronique. — Durée de celui-ci. — Indications du traitement général et du traitement local. — Indication du régime lacté, des balsamiques, des astringents, des révulsifs, etc. — Traitement hydrominéral. — Conclusion. — Appendice.

Ces considérations me conduisent à insister tout particulièrement sur la *thérapeutique*, qui comprend plusieurs étapes. D'abord qu'avons-nous fait?

Au début, alors que le diagnostic restait encore incertain, le traitement, en dehors de quelques indications générales, ne pouvait être que symptomatique. Nous avons eu recours en premier lieu aux ventouses scarifiées sur la région lombaire; le malade a été mis au lait et aux bouillons; la constipation a été combattue d'abord par l'eau de Sedlitz, puis par la scammonée associée au calomel. Bientôt le lait ne fut plus toléré; il causait un insurmontable dégoût et souvent il était vomi; on le supprima et il fut remplacé par du bouillon et de la limonade vineuse.

Plus tard, j'ordonnai du sulfate de quinine aux doses de 0 gr. 50 et 0 gr. 75 par jour, en deux prises, et une potion de Todd avec 30 gr. d'alcool. Cette médication fut continuée jusqu'au 31 août, c'est-à-dire jusqu'à la disparition des hautes températures. Durant toute la période fébrile, comme le malade avait une insomnie absolue, je lui fis prendre à plusieurs reprises un peu d'extrait thébaïque qui lui procura sans le moindre dommage quelques nuits réparatrices.

Bien souvent, la tentation me vint de faire sur l'abdomen ou dans les lombes une vigoureuse révulsion; mais l'on ne pouvait songer au vésicatoire dont vous connaissez l'action sur le rein et sur le bassinet. Donc, on essaya de badigeonner avec de la teinture d'iode les régions lombaire et sous-hypochondriaque; puis on appliqua à plusieurs reprises des pointes de feu très nombreuses et très superficielles qui amenèrent un prompt soulagement.

Ce traitement a donné des résultats relativement favorables, en ce sens que le malade, de la vie duquel nous avons désespéré pendant quelques jours, a franchi la période vraiment aiguë de son affection pour entrer dans une phase moins actuellement dangereuse, mais qui va nécessiter cependant une intervention thérapeutique de la plus grande activité. Je ne crains pas de dire que cette seconde étape du traitement est d'une extrême difficulté; si les indications paraissent précises et faciles à remplir, vous vous heurterez cependant dans la

FEUILLETON

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD, par M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Prise dans les parties centrales ou dans les cavités naturelles, la température de l'homme et des animaux supérieurs est sensiblement constante. Quand on la recherche dans les organes divers, on peut constater cependant qu'elle oscille dans d'étroites limites, autour d'un point moyen d'équilibre. Difficiles à saisir, ces faibles différences, qui se montrent tantôt dans un sens, et tantôt dans un autre, ont pu paraître indifférentes; elles renferment cependant la solution du problème de la production de la chaleur dans les animaux.

A l'aide d'un appareil instrumental perfectionné, thermomètres à échelle arbitraire, aiguilles et sondes thermo-électriques qu'on peut introduire dans l'épaisseur des tissus, dans les cavités du cœur, et jusque dans les canaux où le sang circule, Claude Bernard a débrouillé ce cahos.

La production de chaleur est une propriété qui appartient à des degrés divers à tous les éléments et à tous les tissus de l'animal; elle est le résultat du travail de la nutrition : c'est dans l'intimité des organes qu'elle s'engendre. Il n'y a point de siège unique de la chaleur, bien qu'il y ait des systèmes organiques qui jouent le rôle de foyers prépondérants. Le sang veineux ramène vers le cœur la chaleur sans cesse engendrée, mais il n'en rapporte qu'une partie, d'autant plus grande que les vaisseaux dans lesquels il circule sont moins exposés aux causes de refroidissement. On conçoit ainsi comment les parties ou superficielles ou éloignées présentent une température moins élevée que les parties ou profondes ou centrales. Quant au sang artériel, il distribue d'un seul coup et sans grandes déperditions la chaleur qu'il a reçue. Le sang est donc à la fois l'excitateur et le régulateur de la chaleur, et celle-ci tend vers une uniformité qui n'est jamais et ne peut jamais être réalisée, non seulement à cause de la variabilité du milieu extérieur, mais à cause des modifications locales de circulation.

pratique à des insuccès désespérants. Et c'est pourquoi je veux insister tout particulièrement sur les règles que vous devrez avoir toujours sous les yeux pour mener à bonne fin une œuvre aussi délicate.

La première, la plue importante, est de traiter le malade jusqu'à ce que l'urine ne contienne plus de globules blancs; la disparition de ceux-ci est le signe de guérison que vous devez reconnaître comme absolu. Que le sujet ait les apparences de la meilleure santé, que toutes ses fonctions paraissent s'accomplir normalement, cela doit peu vous importer si l'urine, mise au repos dans un verre à pied, laisse déposer encore un sédiment dans la constitution duquel les globules blancs entrent pour une part notable. Cette disparition devant être *durable et définitive*, pour acquérir une valeur réelle, ne cessez pas immédiatement l'examen de l'urine; étudiez-là de temps à autre pendant un à deux mois au moins, et ne déclarez la guérison parfaite que si vous n'avez pas constaté une seule fois le retour des leucocytes. Vous verrez souvent ceux-ci disparaître temporairement, en même temps que l'urine reprend sa limpidité. Tout à coup, et sans que rien puisse l'expliquer, voici que des traces d'albnmine sont décelées par les réactifs; vous pouvez alors prédire à coup sûr que l'affection endormie va se réveiller, et que le retour des globules blancs est imminent.

J'en viens maintenant aux indications thérapentiques à remplir; elles s'adressent à l'état général et à l'état local.

Une alimentation réparatrice, mais non excitante, dans laquelle on évitera scrupuleusement tout ce qui peut exercer une action irritante eur le rein (asperges, oseille, tomates, à cause de l'oxalate de chaux qu'ellee contiennent; bière, vins mousseux, alcools, etc.); des préparations de quinquina administrées de préférence pendant le repas; une hygiène sévère dans laquelle on s'ingéniera entre antres choses à favoriser les fonctions de la peau et à éviter tout refroidissement, telles sont en bloc les prescriptions d'ordre général les plus indispensables.

Il est important an plus hant point de veiller à leur scrupuleuse exécution; croyez-bien que rien n'est banal dans leur mise en œuvre et qu'elles sont l'absolue condition de la réussite du traitement qui s'adresse à l'état local.

Pour agir sur celui-ci, il faut avant tout modifier l'urine de telle façon qu'elle ne soit plus par elle-même une cause d'irritation; ensuite, comme l'urine, en raison des matières albuminoïdes qu'elle rencontre dans les bassinets et dont elle se charge, devient ponr le micrococcus ureæ un milien de culture où celui-ci va transformer avec la plns grande facilité l'urée en carbonate d'ammoniaque, il est nécessaire de rendre cette nrine aussi antiseptique que possible afin de retarder d'autant la fermentation ammoniacale qui deviendrait par elle-même une cause nouvelle d'excitation du bassinet et une condition du développement de calculs phosphatiques secondaires (1). Enfin l'urine ainsi modifiée doit servir au transport des agents médicamentenx destinés au bassinet.

Le régime alimentaire dont il était question tont à l'heure répond en partie déjà à la première indication; il est indispensable, pour la compléter, d'y adjoindre l'usage du lait que vous conseillerez sous forme de régime mixte, à la dose de un litre et demi à deux litres par jour, et de préférence pendant les repas, où il remplacera avantageusement les autres boissons. Insister énergiquement sur ce régime lacté mixte qui forme l'nn des éléments les plus urgents du traitement.

Pour satisfaire à la deuxième indication, je vous conseille les *balsamiques*, au premier rang desquels vous devrez faire figurer ceux qui augmentent dans l'urine la proportion de l'acide hippurique. Or ces balsamiques sont ceux qui contiennent les acides benzoïque, toluique, cinnamique, etc. Je place snr le même rang les produits naturels qui renferment de l'acide salicylique. Par conséquent, ces acides eux-mêmes et leurs sels sont aussi fort nettement indiqués.

J'ai démontré, en effet, depuis bien des années (1873), que l'acide hippurique ou l'acide salicylurique qui passent dans l'urine quand on a ingéré des acides benzoïque et salicylique, saturent non seulement le carbonate d'ammoniaque des urines qui commencent à se décomposer, mais exercent aussi sur la muqueuse des voies urinaires une action salutaire, puisque,

(1) Voyez L. Gosselin et Albert Robin : *Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoïque* (ARCH. GÉN. DE MÉD., 1874). « Les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, enserrés dans les masses visqueuses que forme le mucus vésical quand le carbonate d'ammoniaque a agi sur lui, peuvent, en séjournant dans le bas-fond de la vessie ou dans un repli de la muqnense, devenir, s'ils ne sont pas entraînés par l'urine, le centre d'appel de cristaux analogues dont la réunion formera une masse de plus en plus volumineuse. Tel est le mode probable suivant lequel se forment les calculs phosphatiques. » Ces considérations sont en tout point applicables à la fermentation de l'urine dans le bassinet.

On savait que dans un muscle qui se contracte, la température s'élève, et l'on soupçonnait aussi qu'un travail chimique corrélatif s'accomplit dans la substance musculaire. Claude Bernard aborde cet intéressant problème avec sa supériorité habituelle. Ce n'est plus sur des muscles séparés de l'animal, dans le tissus desquels des réactions complexes s'accomplissent, c'est sur l'animal vivant qu'il le prouve. Tout muscle qui se contracte s'échauffe et la coloration noire du sang veineux qui en sort n'est que la conséquence d'une consommation d'oxygène que l'analyse révèle. Le sang qui sort d'un muscle au repos est moins noir, mais il l'est encore. Le muscle au repos, en effet, n'est pas dans l'inertie, mais dans un état de tension particulière qu'on appelle la tonicité et qui implique un travail musculaire atténué, mais continu. Dans un muscle paralysé, au contraire, les oxydations intérieures sont réduites au minimum, le sang qui en sort ressemble presque au sang artériel, sa température n'a pas sensiblement varié, et il n'a perdu qu'une quantité insignifiante d'oxygène.

Le système nerveux n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le grand producteur de la chaleur. Sans doute, il est le siège d'actes nutritifs, et, par conséquent il est, comme les antres, un générateur de chaleur; mais il en est qui en produisent bien davantage. Le rôle spécial qu'il exerce est tout autre. Par les vaisseaux dont il tient l'élément contractile sous sa dépendance, il règle l'irrigation sanguine; il peut augmenter, diminuer, égaliser la température des parties. Les phénomènes caloriques, en effet, sont de deux ordres : création de chaleur, répartition de la chaleur créée. La création de chaleur est du fait de la nutrition, la répartition est du ressort de la circulation.

Sensiblement uniforme dans son cours, quand on l'envisage dans son ensemble et pendant une certaine période de temps, le sang qui traverse les tissus subit çà et là des variations de vitesse dans sa masse. C'est le système nerveux qui les commande, dispensant ainsi, à certains moments, pour certains buts déterminés, un aliment plus ou moins abondant aux métamorphoses de la nutrition, avec leurs conséquences trophiques et thermiques.

L'action du système nerveux sur le mouvement nutritif des parties s'exerce donc par l'intermédiaire des tuniques musculaires des vaisseaux, mises en jeu par les nerfs. Nous touchons ici, messieurs, à l'une des expériences de Claude Bernard à la fois la plus curieuse et la plus féconde par ses conséquences. Au commencement du

après leur administration, on voit fréquemment diminuer le pus évacué par l'urine. De plus, il est incontestable que la présence de ces principes immédiats dans l'urine, retarde la fermentation de l'urée (1). Donc les acides qui passent dans l'urine après l'ingestion des principes que je viens de vous citer, agissent en saturant le carbonate d'ammoniaque, produit toxique irritant par lui-même; en retardant la décomposition de l'urée et par suite la production de ce même carbonate d'ammoniaque; en diminuant ainsi la formation des dépôts phosphatiques insolubles qui sont essentiellement une cause d'inflammation secondaire et peuvent devenir le point de départ de calculs. Un effet topique sur la muqueuse des voies urinaires complète heureusement ces divers modes d'action.

Le choix et l'emploi des balsamiques réclame certaines précautions qu'il importe maintenant de vous indiquer.

D'abord, quels sont-ils? Certes, je ne les passerai pas tous en revue, et je veux limiter cette étude à ceux que j'ai eu l'occasion d'étudier personnellement.

C'est d'abord l'*acide benzoïque*. Vous l'administrerez sous forme de limonade, à la dose de 2 grammes, que l'on fera dissoudre à chaud dans un litre d'eau ordinaire; après le refroidissement, on ajoutera à la solution 80 à 100 gr. d'eau distillée de cannelle ou 5 à 10 gr. de teinture de cannelle. Et si vous avez des raisons de craindre l'ingestion d'une aussi grande quantité de liquide, — laquelle nécessairement doit être prise entre les repas, — donnez l'acide benzoïque sous forme pilulaire et de préférence avant les repas. Dans ce cas, pour modérer l'action parfois irritante de l'acide benzoïque sur les voies digestives, employez des doses plus faibles (0,50 à 0,75 centigr. par jour) et associez-le dans votre formule avec la thériaque (2).

Car les voies digestives présentent souvent devant les balsamiques une désespérante intolérance. C'est pourquoi méfiez-vous des hautes doses, et tenez pour habituel que les effets favorables sont bien plutôt en rapport avec la prolongation qu'avec la durée du traitement.

L'*acide salicylique*, la *térébenthine*, les *baumes de copahu*, de *tolu*, du *Canada*, le *styrax*, l'*eucalyptol*, peuvent être placés sur le même rang que l'acide benzoïque et vous devrez y recourir quand, pour une raison quelconque, vous n'obtiendrez pas de celui-ci l'effet que vous en attendez. Je ne veux pas insister trop longtemps sur le mode d'administration de ces médicaments; vous trouverez dans tous les traités de thérapeutique les renseignements les plus circonstanciés sur ce sujet; rappelez-vous seulement que l'acide salicylique peut être employé sous forme de limonade comme l'acide benzoïque, que la térébenthine, l'eucalyptol, le copahu, fatiguent rapidement les voies digestives et déterminent des accidents dyspeptiques caractérisés par une sensation de chaleur épigastrique, un état nauséeux, de l'anorexie, de la diarrhée et parfois de l'intolérance gastrique. Enfin, n'oubliez pas que les balsamiques pris à dose trop élevée irritent les voies urinaires et sont des agents de congestion rénale et même de pyélite.

Comme succédanés des balsamiques, vous pourrez employer les infusions de *bourgeons de sapin*, de *buchu*, de *matico*, d'*eucalyptus*, de *busserolle* (1) et l'*eau de goudron*.

Mais je veux insister surtout sur deux préparations un peu oubliées dont j'ai obtenu d'excellents résultats et qui, je crois, méritent de reprendre leur place dans la thérapeutique. Ces deux préparations sont l'huile de Haarlem et l'eau balsamique de Soultzmatt.

L'*huile de Haarlem* est un vieux remède secret qui paraît constitué principalement par de l'huile pyrogénée de baies de laurier et de l'huile de cade. On la trouve dans le commerce sous trois espèces : l'huile transparente et incolore, l'huile brunâtre très fluide, l'huile brunâtre un peu visqueuse. C'est la seconde que j'emploie habituellement. Mais comme ce médicament est doué de propriétés irritantes au même titre que les balsamiques dont il vient d'être question, il est nécessaire d'user de certaines précautions dans son administration.

Voici donc comment il convient de procéder : j'associe ordi-

(1) Gosselin et Albert Robin, *loc. cit.*, p. 21 du tirage à part.

(2) J'emploie ordinairement la formule suivante :

℞ Acide benzoïque....	2 grammes.
Thériaque.	Q. S.

F. s. a. 10 pilules. — De 2 à 5 pilules par jour.

(1) A la suite de l'ingestion d'une infusion concentrée de busserolle, il passe dans l'urine de l'hydroquinone qui donne à celle-ci une teinte foncée. C'est à ce dernier corps que doit être attribuée l'action de la busserolle sur les voies urinaires. C'est un antizymotique qui retarde considérablement la fermentation de l'urine. En raison de la grande quantité de tannin qu'elle renferme, la busserolle est quelquefois mal tolérée par l'estomac.

siècle passé, Pourfour du Petit, membre de l'Académie des sciences, communiquait à la savante compagnie un travail qui porte ce titre singulier, où se révèlent les idées du temps : *Mémoire dans lequel il est démontré que les nerfs intercostaux* (on désignait ainsi le grand sympathique) *fournissent des rameaux qui portent des esprits dans les yeux.* » L'expérimentateur avait pratiqué la section du grand sympathique au cou, et observé le resserrement de la pupille qui la suit. Mais ce que Pourfour du Petit n'avait pas vu, ce que Claude Bernard lui-même n'avait pas observé tout d'abord, ne devait pas échapper à son regard pénétrant.

En répétant cette expérience, dans le courant du mois de novembre 1851, il constate qu'en outre de la constriction pupillaire on peut voir du côté de la face correspondant à la section, la température s'élever et les vaisseaux se dilater; phénomènes particulièrement saisissants sur les oreilles minces et transparentes des lapins à robe blanche. Il galvanise le bout supérieur du cordon sympathique coupé : les vaisseaux dilatés se contractent; d'active qu'elle était, la circulation devient faible, la conjonctive, les narines, les oreilles, qui étaient rouges, pâlissent, et comme conséquence de l'expulsion du sang, les parties primitivement échauffées se refroidissent. Voilà d'un seul coup tout un jour inattendu projeté sur le mécanisme des circulations locales. Les conditions mécaniques générales de la circulation, jusque-là le principal objectif des physiologistes, se trouvent reléguées au second plan. En dehors du mouvement circulaire continu engendré et entretenu par le moteur central, il y a donc, au sein des organes et des tissus, d'innombrables circuits de dérivation dans lesquels la distribution du sang peut être incessamment modifiée sous l'influence d'excitations perçues ou non perçues, provoquées ou fortuites. Les vaisseaux dans lesquels le sang circule sont donc le siège de mouvements incessants et inaperçus de contraction et de dilatation, succédant à des influences intérieures ou extérieures, circonscrites ou étendues, agissant à la manière d'écluses chargées de régler la consommation sanguine. De là le nom de vaso-moteurs sous lequel on désigne les nerfs qui animent l'élément contractile des vaisseaux.

Mais ce n'est pas tout, et Claude Bernard ne devait pas tarder à découvrir dans les nerfs une propriété nouvelle et tout à fait imprévue.

A côté des nerfs vaso-moteurs dont l'excitation entraîne, ainsi qu'on devait naturellement l'attendre, la contraction des tuniques

nairement l'huile de Haarlem au *sirop de baume du Canada* et à l'infusion de *spiræa ulmaria*. Le sirop de baume du Canada augmente la proportion d'acide hippurique dans l'urine; la « spiræa ulmaria » contient des traces de salicylate de méthyle, l'éther récemment étudié par M. Rabuteau, qui s'élimi-nant par les reins sous forme d'acide salicylique ou salicylurique, contribue à l'acidification de l'urine.

Il faut commencer d'abord par mélanger le sirop de baume du Canada et l'huile de Haarlem. Pour cela, vous agiterez vigoureusement dans une bouteille 25 gouttes d'huile de Haarlem et cinq grandes cuillerées de sirop de baume du Canada, de manière à faire un mélange aussi intime que possible, l'huile restant en suspension dans le sirop. Vous vous servirez de ce mélange pour sucrer l'infusion de « spiræa ulmaria », à la dose de une cuillerée de sirop pour une tasse à thé d'infusion. Ordinairement, il faut donner de deux à quatre tasses par jour, et vous vous guiderez sur l'état de l'estomac et de l'appétit pour prolonger ou pour cesser cette médication dont j'ai souvent obtenu les résultats les meilleurs (1).

Quant à l'*eau balsamique de Soultzmatt*, c'est un liquide limpide légèrement gazeux, d'une odeur assez fortement résineuse, d'une saveur fraîche et aromatique, et qu'on prépare en mélangeant en certaines proportions à l'eau minérale de Soultzmatt une décoction concentrée de bourgeons de sapin. Cette eau de sapin (*Tannenwasser*) est fort bien tolérée et ne fatigue pas l'estomac; vous l'employez à la dose d'un, deux à trois et quatre grands verres par jour (2). Si cependant elle déterminait une sensation de brûlure épigastrique ou de la sécheresse de la gorge, il serait nécessaire d'en suspendre momentanément l'usage. L'eau balsamique de Soultzmatt n'agit qu'à la longue; il faut donc la continuer pendant assez longtemps si l'on veut obtenir un effet réel.

La troisième indication, qui consiste à se servir de l'urine pour mettre des agents médicamenteux en contact avec la muqueuse du bassinet, est remplie dans une certaine mesure par les balsamiques qui s'éliminent en grande partie par le rein. Mais c'est principalement aux *astringents* que vous devrez vous adresser quand cette indication deviendra dominante. L'*acide gallique*, le *tannin*, l'*alun*, l'*acétate de plomb*, l'*extrait de ratanhia*, le *cachou*, associés, suivant les cas, avec des toniques, avec des opiacés ou avec des laxatifs, vous rendront souvent de grands services. Fréquemment, je me suis fort bien trouvé de l'acide gallique et de l'iode associés sous forme de sirop ou de *vin iodo-gallique* dans lesquels on incorpore en outre une petite quantité d'iodure de potassium.

Enfin, cette thérapeutique sera fort heureusement complétée par des badigeonnages révulsifs de *teinture d'iode* sur la région lombaire on sur le flanc et par des applications réitérées de *pointes de feu* très superficielles.

Il ne me reste plus qu'à vous donner quelques instructions sur l'emploi des *eaux minérales* qui, dans l'immense majorité des cas, vous seront de la plus grande ressource, si toutefois vous savez les manier comme il convient. Au premier rang, nous placerons les eaux minérales sulfureuses, dites dégénérées, c'est-à-dire partiellement oxydées, qui agissent sur la muqueuse des voies urinaires, enrayent dans une certaine mesure la fermentation ammoniacale de l'urine et réduisent les sécrétions purulentes. Les eaux de *La Preste*, *Molitg*, *Saint-Sauveur*, *Olette*, peuvent rentrer dans cette catégorie. Quand il existe des troubles dyspeptiques, les eaux précédentes paraissent moins précisément indiquées et vous trouverez avantage à consulter *Pougues*, *Evian*, *Vittel* ou *Wildungen*. J'ai eu fréquemment l'occasion de constater les bons effets de cette dernière station dont Johannes Wulff disait déjà en 1580 (1) : « *Mictioni purulentace medentur* ». Vous aurez à choisir entre deux sources qui ont chacune leur indication bien précise; la première (Hélenen-Quelle) doit être conseillée quand l'urine est acide et fermente lentement, ce qui est le cas le plus rare; la seconde (Georg-Victor-Quelle) s'adresse aux malades bien plus nombreux dont l'urine neutre, alcaline, fermente avec rapidité.

Je vais essayer, messieurs, d'appliquer à notre malade quelques-unes des règles thérapeutiques que je viens de vous exposer. Nous pouvons, à l'heure actuelle, laisser un peu de côté son état général qui est excellent et diriger toute notre attention sur l'état local que nous attaquerons d'abord à l'aide

(1) Je tiens de M. le docteur Cusco qu'il emploie depuis longtemps et avec succès l'huile de Haarlem dans les suppurations urinaires.

(2) Il y a deux espèces d'eau balsamique de Soultzmatt qui diffèrent par leur degré de concentration. C'est la plus concentrée qui s'applique le mieux aux cas dont il est question.

(1) Johannes Wulff. *Brevis explicatio de acidis Wildungensibus*. Marburgi, 1580.

---

musculaires et par conséquent une diminution de calibre, il est d'autres nerfs dont l'excitation détermine dans les vaisseaux qu'ils innervent non pas une constriction, mais une dilatation. La tunique musculaire des vaisseaux se comporte alors comme si les nerfs qui s'y rendent étaient coupés, ou comme si la tunique musculaire était pour un moment paralysée.

De là deux sortes d'agents nerveux vasculaires : les vaso-constricteurs agissant à la manière ordinaire des nerfs moteurs, et les vaso-dilatateurs agissant en sens contraire. Cette singulière propriété, Bernard l'avait d'abord rencontrée dans les filets nerveux dépendant du système cérébro-spinal, et l'on put croire un instant à une sorte d'opposition entre les nerfs de la vie animale et les nerfs de la vie organique. Mais il semble résulter des innombrables recherches dont les expériences de Claude Bernard ont été le point de départ, que les vaso-dilatateurs, aussi bien que les vaso-constricteurs, appartiennent les uns comme les autres, directement ou indirectement, au système nerveux ganglionnaire, lequel tiendrait ainsi sous sa dépendance l'ensemble des actes de la vie de nutrition.

Le mode d'action des nerfs auxquels on donne le nom de vaso-dilatateurs reste entouré d'une obscurité profonde. Y a-t-il, ainsi que le pensait Claude Bernard et que beaucoup d'autres le pensent après lui, y a-t-il réellement deux ordres de filets nerveux, les uns conducteurs des incitations constrictives, les autres messagers des actions modératrices ou paralysantes? N'y a-t-il, au contraire, qu'une seule espèce de nerfs conducteurs des incitations motrices pouvant tantôt éveiller le mouvement, et tantôt le suspendre ou l'arrêter, suivant le mode d'après lequel les centres incitateurs les sollicitent à l'action? Ceux-ci auraient-ils le pouvoir, nous ne dirons pas d'anéantir, ce qui serait contraire à ce que nous savons sur la conservation de l'énergie, mais de dissimuler l'action qui semble devoir succéder fatalement à l'impression, c'est-à-dire la créer sans la rendre libre, l'emmagasiner et la confiner à l'état latent pour la dispenser à un moment donné, sous l'influence d'une excitation nouvelle, venue du dehors ou du dedans?

C'est ce que nous apprendra l'avenir. Pour le moment, ces actions nerveuses de suspension, d'arrêt ou d'inhibition, pour employer une expression empruntée par M. Brown-Séquard à notre vieux langage juridique, ces actions nerveuses qu'on observe non seulement par l'excitation directe des conducteurs nerveux centri-

des balsamiques, puis avec les astringents unis à l'iode, en même temps que l'on exercera sur la peau des révulsions constantes avec des pointes de feu répétées et superficielles. Et si le malade nous quitte avant sa complète guérison, je ferai mon possible pour ne pas le perdre de vue et vous dire un jour les résultats de cette thérapeutique.

Retenez de cette longue histoire l'existence non douteuse de la pyélo-néphrite spontanée, les difficultés de sa recherche, mais aussi la possibilité d'arriver, soit par élimination, soit directement, à un diagnostic positif, et il vous viendra peut-être à l'esprit cette idée que la pyélo-néphrite primitive, en raison de ces difficultés mêmes, a peut-être été souvent méconnue et que par conséquent sa rareté est probablement beaucoup moins absolue que ne le laisserait supposer le silence des auteurs (1).

APPENDICE.

Voici quelle a été la marche de la maladie depuis le 26 septembre :

1er octobre. — Léger accès de fièvre dans la soirée d'hier. Urine 15 50, toujours louche. Traces d'albumine. Urohématine considérable.

5 octobre. — Hier, à midi et demi, grand frisson avec montée de la température à 40°. Ce matin, la température n'est plus qu'à 38°,4, mais la pression sur la région lombaire gauche est un peu douloureuse ; il en est de même de la pression en avant dans le flanc gauche. Cette douleur ne s'irradie pas sur le trajet de l'uretère.

Le faciès a beaucoup changé depuis hier. Il est pâle, avec des plaques rouges sur les pommettes ; 1,250 gr. d'urine moins trouble et avec moins de dépôt que les jours précédents.

2 octobre. — La température s'est encore élevée hier au soir à 39°,4. Ce matin, on ne constate que 37°,2. Le malade se sent bien et demande à manger. Urine 1,000 c., très trouble, avec un dépôt purulent assez abondant et une augmentation notable de l'albumine.

(1) Plusieurs faits anatomo-pathologiques recueillis depuis quelques mois à l'hospice des Ménages, et dans lesquels j'ai trouvé les bassinets dilatés, épaissis, vascularisés et remplis de liquide purulent, sans que les voies urinaires présentassent d'autres altérations qui puissent être considérées comme primitives, ces faits, dis-je, viendraient déjà à l'appui de l'opinion que je crois devoir soutenir.

Du 2 au 21 octobre, santé parfaite. L'urine varie de 1,500 à 2,000 c.

22 octobre. — Hier soir, violent accès de fièvre. Douleur vive et profonde du côté gauche, irradiée sur le trajet de l'uretère. Temp. d'hier au soir, 39°,8 ; ce matin, 39°. P. 96° ; faciès rouge et animé. Urine, deux litres, très légèrement trouble. Traces très faibles d'albumine.

Du 22 octobre au 10 décembre, le malade eut quatre accès semblables, mais sans que la température dépassât 39°. Chaque accès n'eût qu'un jour de durée. Dans tous les cas, l'accès a été suivi d'une augmentation de la quantité de pus contenue dans l'urine. Puis, en deux ou trois jours, le pus disparaissait de nouveau et l'urine reprenait presque sa limpidité.

Le 10 décembre, il quitta l'hôpital de la Pitié et reprit son travail. Pendant vingt jours, tout alla si bien qu'il se considérait comme guéri, quand, le 30 décembre, il fut repris de malaise et de pesanteur dans la région lombaire.

Le 2 janvier, il avait perdu sa bonne mine, se sentait fort abattu ; son urine, toujours abondante et claire jusque-là, laissait de nouveau déposer un sédiment formé de globules blancs. Mais la température restait normale et variait entre 36°,8 et 37°,4. Je lui conseille d'entrer à l'hôpital, et il fut admis à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Le 8 et le 15 janvier, il eut deux accès de fièvre de douze heures de durée, avec des températures de 39°,2 et 36°,6. L'urine devient plus trouble après chaque accès.

Le 20 janvier, il sortit de l'hôpital. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui 10 mai, sa santé a été parfaite ; il a repris son travail, qu'il fait sans fatigue. Son urine est tout à fait transparente et ne contient plus ni globules blancs ni albumine. La guérison paraît aussi complète que possible.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES CAS DE FRACTURES SPONTANÉES OBSERVÉES A L'HÔTEL-DIEU, dans le service de M. le professeur RICHET, par L. PICQUÉ.

Suite. — Voir les numéros 18 et 20.

Fractures spontanées consécutives aux inflammations osseuses. — Nous avons observé trois cas de fractures sponta-

fuges, mais aussi par l'irritation de toute partie sensible, et, par voie de retour, dans la sphère des actes réflexes, sont et resteront longtemps encore le grand problème de la physiologie.

Il régnait toujours un certain doute en physiologie sur cette question : la propriété caractéristique que possède le muscle de se contracter lui appartient-elle en propre, est-elle inhérente au muscle lui-même ou n'est-elle qu'une propriété d'emprunt et dépendelle des éléments nerveux qui le pénètrent ? Sans doute le muscle doit communiquer librement avec le système nerveux central pour qu'il puisse se contracter sous l'influence de la volonté ; mais la volonté n'est qu'un des modes d'excitation du muscle, et celui-ci répond encore aux excitants directs alors que les conducteurs des incitations motrices volontaires sont rompus. Sur quels éléments agissent alors les excitants ? sur la fibre elle-même ou sur les fibres nerveuses qui la pénètrent ?

C'est à l'aide de ce poison subtil dont les indigènes de l'Amérique méridionale empoisonnent leurs flèches, le *curare*, que Claude Bernard a résolu le problème. Placé sous l'influence de ce poison bizarre, l'animal reste étendu sans mouvement ; il semble mort, mais il ne l'est pas, il ne succombera que plus tard. On excite le tégument sensible, aucun mouvement ne se produit ; cependant l'animal a senti, et non seulement il a senti, mais il a voulu le mouvement, afin de se soustraire à la cause vulnérante. Si l'animal ne l'a pas exécuté, c'est que les conducteurs nerveux des incitations motrices sont frappés par le poison dans leurs terminaisons musculaires. Tout cela Claude Bernard le prouve. On peut voir, en effet, la sensibilité partout conservée, et la volonté, ailleurs impuissante, réagir et se manifester par le mouvement dans les seules parties convenablement protégées par des ligatures vasculaires, contre l'irrigation toxique. Ajoutons enfin que les muscles qui n'obéissent plus à l'animal ont cependant conservé leurs propriétés contractiles ; ils répondent à tous les excitants directs. La contractilité appartient à la fibre musculaire.

A côté et au-dessus de cette solution partielle, il est aisé d'entrevoir toute une méthode nouvelle de recherches, que Claude Bernard n'aura garde de laisser échapper. Dans ce muscle qui se contracte sous les influences les plus diverses, dans ce nerf qui peut le solliciter à l'action, de même qu'il peut aussi transmettre en sens inverse les impressions de la sensibilité, autant de modes distincts de la vie à la fois unies et séparées, insaisissables pour

nées consécutives à une ostéomyélite fémorale (2 cas) et à une ostéomyélite secondaire de la sixième côte survenue dans le cours d'une lésion semblable du tibia.

Voici d'abord ces observations :

Ostéomyélite du tibia. — Ostéomyélite primitive de la sixième côte. — Fracture spontanée. — Le nommé Couty (Louis), 20 ans, garçon maçon, entre le 3 février 1885 salle Saint-Landry, nº 19, dans le service de M. le professeur Richet.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, ce jeune garçon fut pris d'accidents fébriles avec phénomènes typhoïques, qui en avaient imposé pour une fièvre typhoïde. Huit jours seulement après le début, ce malade fut placé dans le service de M. Gallard, qui reconnut l'existence d'une tuméfaction au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit, et adressa le malade dans le service de M. Richet.

A son entrée, on observe une tuméfaction considérable de la jambe jusqu'au coude-pied, accompagnée d'une rougeur peu accentuée ; à la face interne du membre et au niveau de la face antérieure du tibia, à environ deux travers de doigt au-dessous de l'articulation, existe une plaque d'environ 3 centimètres carrés, rouge foncé, presque violacée. La fluctuation y est évidente. La pression détermine une vive douleur. Température 39,8.

Incision le 4, au niveau de cette plaque. Il s'écoule une quantité très notable de pus ; l'os est dénudé dans toute la partie correspondante de sa face antérieure.

M. Richet ne fait pas la trépanation et justifie dans une leçon clinique ce mode d'intervention sur lequel nous reviendrons dans un autre article ; néanmoins il y a une cessation subite des douleurs. La température tombe à 37,5. Huit jours après, les douleurs reviennent vives, la température s'élève. Il existe un point douloureux très net à un travers de doigt en dessous et à deux travers de doigt en arrière de la précédente incision ; en ce point, la peau est rouge, violacée, comme précédemment.

Incision le 12. M. Richet constate que la face postérieure de l'os est dénudée dans toute la partie correspondante.

A partir de ce moment, les phénomènes inflammatoires ont notablement diminué ; les douleurs ont complètement cessé. La plaie est en voie de cicatrisation.

Vers le commencement du mois de mars, le malade ressent une vive douleur au niveau de la partie moyenne de la paroi thoracique latérale droite. Bientôt, à ce niveau, l'on constate une tuméfaction œdémateuse et une rougeur peu prononcée. La pression à ce niveau est très douloureuse.

Il n'existe pas d'épanchement dans la plèvre. Appareil fébrile très prononcé. Le malade est abattu. La température est à 40. L'appétit est nul.

Une incision pratiquée au niveau de la sixième côte donne issue à une très notable quantité de pus et conduit sur une côte dénudée dans une grande étendue et fracturée vers sa partie moyenne. Drainage et compression légère.

Le foyer a rapidement diminué de capacité. Au bout de quinze jours environ, le doigt y pénètre difficilement ; la mobilité du foyer de la fracture n'existe plus. En un mois la guérison est complète. Une fistule persiste encore au tibia.

Ostéite tuberculeuse du fémur. — Fracture spontanée. — La nommée Lostoriat (Engénie), 17 ans, couturière, entre, le 18 novembre 1884, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, salle Notre-Dame, no 16.

Cette jeune fille a perdu sa mère d'accidents pulmonaires ; elle-même, dans l'enfance, a présenté quelques signes de scrofule, maux d'yeux persistants, bronchite rebelle à l'âge de sept ans. A cet âge également et presque en même temps, elle commença à ressentir quelques douleurs dans le genou gauche. Ces douleurs survenaient spontanément et surtout pendant la marche, mais ne l'obligèrent pas au début ni plus tard à garder le repos au lit.

Elle ne suivit, du reste, aucun traitement, mais la jambe subit une flexion permanente d'environ 130°.

Samedi dernier, c'est-à-dire trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle tomba dans la chambre de sa hauteur, la jambe placée sous elle ; mais elle put se relever, venir à pied dans la salle et gravir même, quoique aidée par deux personnes, les marches de l'hôpital.

Etat actuel. Il existe un « genu valgum » très prononcé, mais symptomatique.

Pas de raccourcissement. Légère rotation du pied en dedans.

Le genou est augmenté de volume. Les méplats normaux sont effacés.

La rotule est notablement déviée en dehors.

Les culs-de-sac sont le siége d'un empâtement fongueux peu abondant.

Le condyle interne est très hypertrophié, cause probable de la déviation du membre en dehors ; ce gonflement se prolonge sur la diaphyse, jusque vers la partie moyenne.

La tuméfaction est circonférentielle, longitudinale, et se termine par un rebord nettement abrupt. Il n'y a aucun mouvement anormal dans l'articulation qui, du reste, est le siège d'une ankylose presque absolue ; mais, au-dessus et à peu de distance de l'interligne, existe un centre de mobilité très nette.

Les mouvements provoquent la production d'une crépitation ou plutôt de craquements, d'après M. le professeur Richet.

---

le grossier scalpel, et que Claude Bernard isole à l'aide d'un réactif physiologique à la fois délicat et sûr, qui sans rien dilacérer et sans rien détruire, pénètre là où ni la main ni l'œil ne peuvent aller et atteint sûrement les éléments mêmes de l'organisme.

Nous venons de voir ce qu'on obtient avec le curare. Mais de quelle manière, sur quels éléments, agiront d'autres substances, poisons ou médicaments ? Et ce n'est pas tout ; on peut dire de cet agent comme de beaucoup d'autres, qu'il ne suffit pas de l'introduire dans l'organisme pour voir éclater ses effets. Dans son bel ouvrage sur l'action des agents toxiques et médicamenteux, Claude Bernard prouve que ces agents n'exercent leur action qu'à la double condition d'arriver sur les éléments mêmes sur lesquels ils agissent d'une manière élective, en un temps donné et en quantité suffisante, posant ainsi l'un des préceptes les plus importants de la thérapeutique générale.

A peu près à cette époque, Claude Bernard retrouvait et fixait l'ensemble des conditions nécessaires à la réalisation d'un fait d'expérience qui avait eu un grand retentissement, quelques années auparavant, dans le laboratoire de M. Magendie ; il s'agissait d'une forme particulière de la sensibilité, mise en éveil par la stimulation des racines motrices des nerfs rachidiens, et assez improprement désignée sous le nom de sensibilité récurrente ; phénomène fugace, incertain, difficile à faire naître, provoqué en quelque sorte à rebours par la voie des incitations motrices, sur lequel on discute encore, et qui n'est sans doute qu'une contraction musculaire régulièrement déterminée par l'excitation des conducteurs nerveux centrifuges, contraction non voulue, inattendue, excessive, une sorte de crampe expérimentale douloureusement ressentie par l'animal.

Que de sujets encore sur lesquels Bernard a marqué l'empreinte de son génie inventif : soit qu'il observe l'action des milieux échauffés et refroidis sur les animaux vivants, les limites et la durée de leur résistance, la manière dont ils succombent ; soit qu'il étudie la couleur, la quantité, la température et la composition du sang qui traverse les glandes à l'état de repos ou à l'état d'activité, l'action des nerfs sur les actes sécrétoires, le mode d'action des poisons musculaires, des poisons nerveux, des poisons du sang ; mais il faut nous borner.

Une grande partie de ces travaux, Claude Bernard a dû les accomplir dans le laboratoire du préparateur, non sans difficultés,

Notre excellent maître admet un décollement spontané de l'épiphyse et un décollement périostique soulevé par un épanchement sanguin, d'où la tumeur que nous avons signalée sur le fémur.

Il existe de plus les particularités suivantes au niveau du foyer de la fracture : le fragment supérieur fait une légère saillie en avant, tandis que l'inférieur semble attiré en arrière vers le creux poplité.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Richet exerça une traction suffisante sur son pied, unie à quelques mouvements de rotation, et parvint à réduire les fragments. La malade fut placée dans une gouttière, le membre maintenu par une bande élastique.

Quinze jours après, l'appareil fut enlevé, mais le déplacement s'était reproduit sous l'influence de l'action constante de la contraction musculaire.

Nouvelle tentative de réduction le 2 décembre.

Le fragment condylien est entraîné en arrière par l'action des muscles jumeaux; la difficulté est d'autant plus grande à réduire que l'articulation est ankylosée. Néanmoins, la réduction se fit encore après quelques manœuvres. La formation d'une petite eschare à la partie externe du genou, produite par la construction nécessaire de l'appareil, fait renoncer par la suite à toute idée de contention, et la jeune malade finit par guérir avec un cal en somme peu difforme et une impotence fonctionnelle peu marquée.

Ostéomyélite cancéreuse de l'extrémité supérieure du fémur. — Fracture spontanée sous trochantérienne. — Désarticulation de cuisse. — Le nommé Boutellier (Joseph), 17 ans, employé, entre le 4 février 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 17, dans le service de M. le professeur Richet.

Antécédents : Bonne santé habituelle. Pas de trace de scrofule ou de syphilis. Jusqu'au 31 décembre, ce jeune homme avait toujours bien marché et n'avait ressenti aucune douleur ; il n'existait pas de tuméfaction appréciable à la racine du membre.

Pendant la nuit du 31 décembre au 1er janvier, le malade eut la sensation d'un craquement dans la hanche, mais il put marcher, quoique un peu difficilement, pendant huit jours.

Le 9 janvier, la gêne de la marche était telle qu'il dut prendre le lit jusqu'au 21 du même mois. Pendant ce temps, il constata l'apparition à la hanche d'une tuméfaction peu douloureuse spontanément ou à la pression.

Le 21 janvier, les douleurs avaient cessé. Ce jeune homme reprit ses occupations, marchant le moins possible. Mais, au bout de quatre jours, il ressentit un nouveau craquement qui, cette fois, fut suivi d'une gêne fonctionnelle définitive.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente les signes bien nets d'une fracture du fémur sous-trochantérienne (rotation du membre en dehors, raccourcissement de 5 centimètres, mobilité anormale). Mais, de plus, il existe au foyer de la fracture et jusqu'à la partie moyenne de l'os, une tumeur volumineuse, sans modification notable de la peau, adhérente manifestement à l'os et faisant corps avec lui, inégalement consistante, présentant des points durs et d'autres plus élastiques.

L'état général du sujet est peu satisfaisant; il y a une fièvre modérée : 39°, avec perte d'appétit, amaigrissement notable et légère dépression des forces.

Dans les jours qui suivirent, la tumeur augmenta très sensiblement de volume et devint douloureuse.

En raison des commémoratifs, de la marche de la tumeur et des phénomènes objectifs, notre excellent maître, dans une remarquable clinique qu'il fit sur ce malade, admit l'existence probable d'une tumeur développée dans la moelle par hypergenèse d'un de ses éléments : l'élément le plus probable semblait devoir être, en raison de sa fréquence, le corps fibro-plastique. Subsidiairement, il avait longuement insisté sur la possibilité d'une fracture par altération scrofuleuse ou ostéomyélite à forme torpide.

Quoiqu'il en fut du diagnostic, M. Richet, s'appuyant surtout sur les circonstances du début, l'énorme volume de la tumeur et l'extrême mobilité anormale, se décida à pratiquer, le 14 février, la désarticulation de la hanche.

Examen de la pièce. — La fracture siégeait bien au lieu indiqué, c'est-à-dire au-dessous du trochanter.

Pendant l'opération, en taillant le lambeau antérieur, le couteau tomba sur un foyer purulent unique, situé en avant de la tumeur fémorale ; le pus était séreux, grisâtre, très abondant. Tous les muscles portaient la trace d'une violente inflammation avec infiltration des lymphatiques et épaississement des fibres musculaires. C'était le développement inflammatoire qui s'était produit rapidement dans les derniers huit jours et avait fait un instant craindre à M. Richet de ne pouvoir se maintenir au delà des limites de la lésion.

Les deux fragments sont maintenus par les muscles et le périoste ; ils sont à peu de distance l'un de l'autre. Le foyer de la fracture, examiné de suite, offre les caractères d'un foyer sanguin et purulent ; on n'y voit pas de signes de néoplasie bien apparente à l'œil nu. C'est une sorte de bouillie rougeâtre. Les os qui trempent dans ce pus sont durs et non ramollis ; extérieurement, il existe de la périostite avec production de stalactites annonçant une vive inflammation. Dans le foyer de la fracture, au milieu de la bouillie signalée, on trouve des esquilles ou fragments osseux détachés, flottants, mais durs. L'examen microscopique y montre des éléments de la moelle (cellules arrondies à noyaux multiples, cellules embryonnaires, cellules fibro-plastiques).

---

trop souvent aux prises avec le découragement, sans instruments et presque sans aides. En 1854, enfin, quelques mois après son entrée à l'Académie des sciences, une chaire de physiologie était créée pour lui à la Sorbonne, et presque en même temps il succédait à M. Magendie au Collège de France. Quelques mois plus tard, il venait prendre place au milieu de nous. Peu après, il échangeait son enseignement de la Faculté des sciences pour la chaire de physiologie générale du Muséum, et l'Académie française, qui aime à se parer de tout ce qui est grand, l'appelait dans son sein.

Fidèle au programme qu'il a plusieurs fois tracé lui-même dans ses leçons, toujours il a considéré la science, non dans ce qu'elle a d'acquis, mais dans les lacunes qu'elle présente. Dégagé de toute idée préconçue, jamais il n'était surpris par l'imprévu. « En physiologie, disait-il, il y a, de nos jours, autant de probabilités pour trouver des faits qui renversent la théorie qu'il y en a pour en trouver qui la fortifient. » Aussi le cours de Claude Bernard n'avait rien de l'enseignement dogmatique ; c'était une école de progrès, dans laquelle il racontait avec une entière sincérité aussi bien les déceptions que les heureuses surprises de l'expérimentateur.

Mais ce qui était plus instructif peut-être, c'étaient les causeries du laboratoire, ou mieux encore la familiarité des entretiens particuliers ; c'est là surtout qu'on pouvait le connaître et le juger.

(A suivre.)

— Par divers décrets, en date du 22 mai 1885, ont été nommés :

M. le docteur Hermann, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— M. le docteur Weiss, agrégé, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Nancy.

— M. Boutroux, docteur ès sciences, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon.

— M. Haller, docteur ès sciences, agrégé, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Bochefontaine, qui a bien voulu examiner la pièce, nous a remis la note suivante :

1° *Tissu cellulo-adipeux.* — Infiltration du tissu conjonctif avec noyaux embryonnaires (tissu inflammatoire);

2° *Muscles.* — Un certain nombre de fibres musculaires ont conservé leur striation et leurs caractères à peu près normaux. Beaucoup d'entre elles ont, au contraire, perdu leur couleur et leur striation, tout en conservant leur volume. On trouve beaucoup de noyaux embryonnaires bien colorés par le carmin et disposés par masses irrégulièrement disséminées dans l'épaisseur des musles, au milieu des faisceaux épaissis du tissu conjonctif (myosite interstitielle);

3° *Tissu osseux.* — Examen après quarante-huit heures de séjour dans l'acide chromique ;

Canaux de Havers tapissés par une couche épaisse de tissu fibroïde.

Masses de noyaux embryonnaires.

Pas de néoplasme. Ostéite raréfiante.

En définitive, M. Richet fait remarquer à ses élèves que le travail pathologique, qui avait déterminé l'affaiblissement de la résistance osseuse du fémur en ce point, n'était qu'imparfaitement connu dans son essence.

Etait-ce une inflammation de la moelle de nature scrofuleuse? une altération par hypergenèse de certains éléments normaux? une affection cancéreuse?

Notre excellent maître discuta ces diverses hypothèses, mais déclara n'avoir pas les éléments nécessaires pour les admettre et se rattacha en dernière analyse à une ostéo-myélite torpide.

Quoi qu'il en soit, la présence d'esquilles, le ramollissement étendu de l'os, l'existence des lésions musculaires, ont justifié suffisamment le mode d'intervention ; les suites de l'opération ont été très bénignes ; la réunion immédiate des parties superficielles a été obtenue ; les parties profondes se sont réunies presque entièrement, sauf au voisinage du cotyle, et la température s'est maintenue constamment à 37° ; l'état général s'est rapidement amélioré.

Aujourd'hui 15 avril, le malade est en pleine convalescence ; il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux vers la partie moyenne de la ligne de réunion et donnant une très petite quantité de pus.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Pathologie de l'estomac et de l'intestin.

Suite et fin. — Voir le numéro 19.

IV. CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE ET AU DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, par le professeur RIEGEL, de Giessen (1). — V. CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE DE L'ESTOMAC, par le docteur SCHELLHAAS (2). — VI. SUR LE VERTIGE INTESTINAL, par le professeur LEUBE, d'Erlangen (3). — VII. CONTRIBUTIONS A L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'INTESTIN, par le docteur SCHEIMPFLUG (4).

IV. Pour s'éclairer sur les causes des troubles dyspeptiques, LEUBE a imaginé de recourir à deux modes d'exploration.

(1) DEUT. ARCHIV FÜR KLIN MEDICIN., t. XXXVI, fasc. 1 et 2, p. 100.

(2) Ibidem, t. XXXVI, fasc. 5 et 6, p. 427.

(3) DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN., t. XXXVI, fasc. 3 et 4, p. 323.

(4) ZEITSCHRIFT FÜR KLINISCHE MEDICIN, t. IX, fasc. 1, p. 40, fasc. 2, p. 152.

D'une part, il se renseigne sur la durée de la digestion stomacale en faisant prendre au sujet un repas composé d'une soupe, d'un bifteck, de pain blanc. Au bout de sept heures, durant lesquelles le sujet s'abstient de toute autre nourriture, Leube pratique le lavage de l'estomac, et si alors le liquide soutiré renferme encore des aliments digérés, c'est que les fonctions digestives de l'estomac s'accomplissent normalement ; le contraire doit être admis quand le produit du lavage renferme des débris d'aliments indigérés. Riegel, qui a contrôlé les recherches de Leube, affirme la parfaite exactitude des résultats en question. Il a constaté que chez une personne dont les fonctions de l'estomac sont intactes, la digestion stomacale atteint quelquefois son terme au bout de cinq heures.

D'autre part, pour juger de l'activité de la sécrétion stomacale, Leube introduit dans l'estomac à l'état de vacuité, 100 centimètres cubes d'eau glacée ; cet excitant thermique sollicite la sécrétion du suc gastrique. Au bout de dix minutes, Leube introduit dans l'estomac du sujet, à travers la sonde stomacale, 300 centimètres cubes d'eau à la température ordinaire ; le tout est retiré de l'estomac par le jeu du siphon. Le liquide ainsi obtenu est examiné au point de vue de sa richesse en acide chlorhydrique (à l'aide de la teinture de laque et de la solution de tropéoline) et en pepsine (au moyen d'une expérience de digestion artificielle). D'après RIEGEL, cette manière de faire est sujette à critique. Riegel a pu se convaincre que l'excitant thermique, l'eau glacée, peut ne provoquer qu'une sécrétion très faible de suc gastrique là où l'excitant naturel, l'aliment, sollicite la sécrétion d'un euc gastrique d'une puissance digestive très grande. Dans les cas où la digestion stomacale est ralentie, il semble beaucoup plus logique à Riegel de sontirer le contenu de l'estomac à un moment où cette digestion devrait être terminée, et d'examiner le liquide ainsi obtenu, au point de vue de sa richesse en acide chlorhydrique et en pepsine. Riegel recommande d'opérer de façon à obtenir le contenu de l'estomac sous une forme ansei peu diluée que possible.

En procédant de la sorte dans un grand nombre de cas d'affections de l'estomac, voici ce que Riegel a constaté :

a) Chez un premier groupe de malades, l'acide chlorhydrique libre a fait défaut dans le contenu de l'estomac d'une façon constante pendant des mois, et dans ces cas l'estomac renfermait encore des aliments indigérés longtemps après le délai physiologique de la digestion stomacale. C'étaient des cas de carcinome du pylore avec dilatation consécutive de l'estomac. Il s'agit là, d'après Riegel, d'un signe de grande valeur pour le diagnostic du cancer du pylore. Sans doute il est d'autres états pathologiques (par exemple la dégénérescence amyloïde de la muqueuse de l'estomac, d'après Edinger) (1) où l'acide chlorhydrique peut faire défaut d'une manière persistante dans le contenu de l'estomac ; mais la chose est extrêmement rare.

b) Dans un second groupe de cas, le liquide soutiré de l'estomac renfermait, pendant les premiers jours, des acides organiques (lactique, butyrique) en même temps que de l'acide chlorhydrique ; mais, au bout de quelquee jours de lavage, ces acides organiques disparaissaient. Il en a été ainsi dans les cas d'insuffisance mécanique de l'estomac, due à des fermentations anormales (Naunyn) et où il n'y a pas forcément dila-

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1880, no 40, p. 520.

tation de la poche stomacale. Le lavage de l'estomac rend habituellement d'excellents services dans ces cas.

c) Dans un troisième groupe, la digestion stomacale est également ralentie; quelquefois l'estomac renferme encore des matières indigérées, le lendemain d'un repas. L'analyse chimique démontre que le trouble digestif ne dépend pas de la présence de l'acide chlorhydrique en quantité insuffisante, ni de la présence d'acides organiques du moins en proportions notables. Une expérience de digestion artificielle faite avec ce contenu de l'estomac montre qu'un fragment d'albumine s'y trouve rapidement peptonisé. L'addition d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique au liquide ne fait que retarder la digestion de l'albumine. Bien de ces cas, ajoute Riegel, rappellent jusqu'à un certain point les deux observations publiées par Reichmann, d'hypersécrétion d'acide chlorhydrique. S'agit-il réellement d'une hypersécrétion? C'est un point que M. Riegel s'est abstenu de trancher; ce qui lui paraît certain, c'est que la lenteur de la digestion, dans les cas de cette troisième catégorie, est la conséquence d'un trouble de l'innervation motrice de l'estomac.

Quelle est la cause de l'absence d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac des cancéreux? Les recherches faites par Riegel démontrent qu'en ajoutant une certaine quantité du contenu d'un estomac de cancéreux au contenu d'un estomac sain, ce dernier perd la propriété de digérer l'albumine. M. Riegel en conclut que le produit de sécrétion d'un estomac cancéreux renferme un produit qui détruit le pouvoir digestif du suc gastrique. Cet agent délétère prend naissance également à la surface d'un cancer de l'œsophage; il est vraisemblable qu'il se combine avec l'acide chlorhydrique ou qu'il le détruit.

Enfin M. Riegel s'est occupé de l'influence que les acides organiques et en première ligne les acides lactique et butyrique exercent sur la digestion stomacale. Ces acides ne troublent pas l'action du suc gastrique quand ils n'existent dans l'estomac qu'en faibles proportions. En proportions un peu fortes, leur influence est délétère; reste à savoir si elle l'est davantage que celle de l'acide chlorhydrique en excès.

V. Le travail de M. SCHELLHAAS n'est que le complément de celui de M. Riegel, dans le laboratoire duquel ont été faites les recherches de l'auteur; en voici les conclusions :

1° Le violet de méthylaniline, la tropéoline, le mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique sont des réactifs sûrs pour déceler la présence (dans le suc gastrique) de l'acide chlorhydrique libre et de certains acides organiques;

2o Considérés séparément, ces différents réactifs sont employés avec un succès inégal pour la détermination des différents acides libres en suspension dans le contenu de l'estomac. Le violet de méthylaniline et la tropéoline conviennent davantage pour la détermination de l'acide chlorhydrique; pour la recherche des acides lactique et butyrique, il vaut mieux recourir au mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique; d'ailleurs les autres réactifs seront employés comme moyens de contrôle;

3o L'absence d'acide chlorhydrique, dans les cas de dilatation de l'estomac, consécutive à un carcinome de cet organe, n'est imputable ni à l'anémie, ni au catarrhe gastrique concomitant, ni à la destruction d'une partie de la muqueuse; c'est une conséquence immédiate de la présence de la tumeur;

4o L'état fébrile peut entraîner une disparition passagère de l'acide chlorhydrique libre du contenu de l'estomac. Dans la dyspepsie nerveuse, on constate aussi par moments la disparition de l'acide chlorhydrique libre ou la présence simultanée de cet acide et d'autres acides organiques;

5o L'acide lactique et l'acide butyrique qu'on rencontre parfois dans le contenu de l'estomac, dans les cas de dilatation de cet organe, indépendante d'un cancer du pylore, sont presque toujours prompts à disparaître quand on soumet le malade au lavage stomacal;

6o Quand le séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac expose le malade aux dangers de la dilatation, il faut recourir au lavage stomacal pratiqué d'une façon régulière;

7o Chez les sujets affectés d'une maladie de l'estomac et dont le suc gastrique renferme de l'acide chlorhydrique libre, l'addition d'alcool dans la proportion de 10% retarde la digestion stomacale aussi bien dans l'estomac du malade que hors de cet organe (digestion artificielle);

8o Dans les cas de carcinome de l'estomac, la digestion, entravée déjà par le fait de la tumeur, est complètement arrêtée par l'ingestion d'une quantité d'alcool même très faible.

VI. M. LEUBE rapporte très sommairement trois observations qui démontrent qu'il existe un vertige d'origine intestinale, analogue au vertige stomacal. Les trois malades étaient sujets à des accidents vertigineux; l'un d'eux était en outre affecté d'une constipation opiniâtre; les deux autres présentaient les symptômes d'un catarrhe chronique de l'intestin. Chez tous trois, le toucher rectal développait un accès de vertige ayant évidemment son point de départ dans une compression du plexus hémorrhoïdal du grand sympathique.

VII. Dans un travail sur la physiologie et la pathologie de l'intestin, M. le professeur Nothnagel(1), de Vienne, a décrit en détaile une variété d'atrophie de la paroi de l'intestin, qui est communément limitée à la muqueuse, et à certaines portions de cette membrane seulement, qui affecte pour siége de prédilection le cœcum et la partie avoisinante de l'intestin grêle, et qui, dans la plupart des cas, est consécutive à un catarrhe aigu ou encore à un catarrhe chronique. Les caractères histologiques de cette atrophie de la muqueuse intestinale sont les suivants :

La muqueuse présente à sa surface, des saillies alternant avec des dépressions, au niveau desquelles la paroi de l'intestin semble avoir été comprimée; on constate une grande irrégularité dans la forme, le volume et la disposition des villosités dont, en certaine points, il ne reste plus de traces. Les travées interposées aux cryptes sont épaissies par suite d'une infiltration de petits noyaux ou d'une prolifération conjonctive; celle-ci aboutit à une rétraction de tissu, qui a pour conséquences: l'irrégularité de forme et de position des glandes de Lieberkühn, l'arrachement de ces glandes de la membrane basale et leur élimination en totalité ou par fragments, quand le tissu avoisinant est envahi par une tuméfaction inflammatoire; destruction de la substance glandulaire comprimée par la trame conjonctive de la muqueuse en voie de prolifération, de telle sorte qu'il ne reste plus que des vestiges de glandes, autour desquelles la lumière des cryptes va en se rétrécissant pour s'effacer en fin de compte; transformation de la muqueuse en

(1) Nothnagel. *Beitræge zur Physiologie und Pathologie des Darms*. Berlin, 1884. A. Hirschwald, éditeur.

une mince bandelette de tissu conjonctif contenant quelques noyaux de cellules, sans trace aucune de tissu glandulaire ou de villosités.

M. SCHEIMPFLUG a repris les recherches de son maître Nothnagel. Il a examiné des fragments d'intestin enlevés sur 134 cadavres pris au hasard. En général, ces fragments provenaient : l'un du cœcum, un autre de la partie inférieure de l'iléon ; d'autres, des trois segments du colon. Les résultats des recherches de Scheimpflug confirment pleinement ceux obtenus par Nothnagel. Sur 151 lambeaux examinés, 90 (60 %) présentaient des foyers d'atrophie ; le siège de prédilection est bien celui indiqué par Nothnagel. Cette atrophie circonscrite semble se rencontrer avec une égale fréquence aux différents âges de la vie. Elle n'a fait défaut que sur 2 des 34 cadavres examinés.

M. Scheimpflug donne des indications détaillées sur la technique employée pour ses recherches. Il expose les résultats de ses observations concernant l'état normal de la muqueuse de l'intestin, les anomalies accidentelles, les altérations des plexus nerveux de la muqueuse intestinale, et à ce propos il fait la critique des travaux récents de Blaschko(1) et de Sasaki (2) qui ont décrit une atrophie de l'intestin consécutive à une affection primitive des appareils nerveux de l'intestin, en rapport avec l'anémie pernicieuse progressive. Des résultats de ses propres recherches sur ce point spécial, l'auteur a tiré les conclusions suivantes :

Les altérations histopathologiques des appareils nerveux de l'intestin ne sont pas rares.

Certaines maladies infectieuses et certaines intoxications aiguës d'une part, de l'autre des affections aboutissant au marasme (l'alcoolisme chronique) s'accompagnent d'altérations de structure des nerfs de l'intestin.

Très vraisemblablement, les affections aiguës des centres nerveux exercent une influence toxique sur le système nerveux ganglionnaire de l'intestin.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE A BORD DES BATIMENTS DE L'ÉTAT (SÉNÉGAL 1881), par M. GENEBRIAS DEBOISSE.

Cette thèse est le récit des cas de fièvre jaune observés en 1881 sur quatre navires de l'État, mouillés en rade de l'île Saint-Louis (Sénégal).

Après une courte étude topographique de l'île et quelques détails sur la position respective qu'occupaient, au début de l'épidémie, le *Jaguar*, l'*Ecureuil*, l'*Africain*, l'*Alecton* et le *Cygne*, l'auteur nous fait assister à la naissance de l'épidémie et à sa propagation : tous les navires sont en communication continuelle avec l'île, le foyer de l'épidémie : sur trois, la fièvre sévit cruellement ; sur les deux autres, elle épargne presque tout l'équipage.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Deboisse énumère les différents modes d'importation d'une maladie épidémique dans un bateau, et accuse successivement le chargement, l'air, le bois.

Il conclut enfin en disant que, si le *Cygne* et l'*Ecureuil* ont peu souffert de l'épidémie, c'est qu'ils sont construits en fer, que leur faux-pont est large, élevé, aéré, que leur équipage est nombreux, que le fond du bateau est toujours sec, que le chargement est toujours placé sur le pont, etc., etc.

Ce qui veut dire : Au milieu d'un même foyer épidémique, les hommes soumis à de bonnes conditions hygiéniques sont moins atteints que ceux soumis à de mauvaises. Il n'y a rien là de bien nouveau ; il peut y avoir et il y a des navires insalubres, comme il y a des maisons et des quartiers insalubres. Quand une épidémie survient, elle les choisit. Cela est tout naturel, et la fièvre jaune fait comme le choléra.

Encore pourrait-on faire à M. Genebrias Deboisse quelques objections. C'est le 23 juillet que débute l'épidémie, et le 15 août l'*Ecureuil* part en mission dans le Haut-Sénégal. Quand il rentre à Saint-Louis, il mouille près du camp de la *Pointe-aux-Chameaux*, « poste très bon au point de vue de l'aération. »

Le *Cygne*, lui, quitte Saint-Louis le 16 août, va mouiller en face du même camp, et n'a pas de communication avec la ville dès le jour où la quarantaine est déclarée. Le *Jaguar*, l'*Africain* et l'*Alecton* laissent aussi Saint-Louis, mais vont mouiller devant le port de Mouit, dont nous ne connaissons pas l'état de salubrité. Quant au *Castor*, il quitte l'île pour rentrer en France, et l'épidémie cesse pendant la traversée.

Ne peut-on pas, en définitive, attribuer à la façon différente dont les bâtiments s'éloignent du foyer, une part dans la marche consécutive de l'épidémie au bord de chacun d'eux ?

En résumé, court travail de peu d'importance, se résumant à ceci : au point de vue sanitaire, les nouveaux navires valent mieux que les anciens ! Tant mieux !

P. SÉSILEAU.

NOTES & INFORMATIONS

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE *(Suite)*.

PRIX DE 1884 :

Prix de l'Académie. — Prix : M. le docteur Albert Joly, médecin-major de deuxième classe, à la direction du service de santé du 17e corps d'armée.

Mentions honorables : MM. les docteurs A. Cochez (de Paris), A. Sordes, de Tarare (Rhône).

Prix fondé par M. le baron Portal. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Prix : M. le docteur Pierre Marie, de Paris.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie ne décerne pas le prix.

Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur J. Bouillet, de Béziers (Hérault).

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Prix . MM. Arloing, Cornevin et Thomas.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Prix de 500 francs : MM. les docteurs Henri Huchard, de Paris ; Hippolyte Martin.

Mentions honorables : MM. les docteurs Maurel, Ervoles, André Chantemesse.

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, 1884, no 6, p. 67.

(2) Sasaki. *Ueber Veræanderungen in den nervœsen Apparaten der Darmwand bei perniciœser Anæmie und bei allgemeiner Atrophie* (VIRCHOW'S ARCHIV., t. 96, fasc. 2, p. 287, 1884).

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1o 1,000 francs à MM. les docteurs Josias et Nocard ;

2o 500 francs, avec mention honorable, à M. le docteur Eugène Rochard ;

Mentions honorables : MM. les docteurs Bregnat, de Fleury-sur-Andelle (Eure) ; Boucher, médecin-major de l'armée, Coiffier, du Puy.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Prix : M. le docteur Quesneville.

Prix de l'année 1882 : M. le docteur Javal.

Prix fondé par M. le docteur Daudet.—Prix : MM. les docteurs Auguste Gérardin, médecin aide-major de première classe au 17e bataillon de chasseurs à pied ; Jean Brousses, médecin aide-major de première classe au 14e régiment de dragons.

Prix fondé par Mme Vernois. — Prix : M. Charles Girard.

Mention honorable : M. Delcroix, vétérinaire principal en retraite.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Prix : M. le docteur A. Mairet, de Montpellier.

Mention honorable : M. le docteur Gabriel Reignier, médecin à Surgères (Charente-Inférieure).

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Prix : MM. Pierre Rondeau, préparateur des travaux physiologiques à la Faculté de médecine ; Gédéon Meillère, préparateur des travaux chimiques à l'Ecole de pharmacie de Paris ; Alfred Houdé, pharmacien à Paris.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix, mais l'Académie accorde, à titre d'encouragement :

1o 500 francs à M. le docteur Giacomo Tedoldi, de Castel d'Ario (Italie) ;

2o 500 francs à M. le docteur Otto Seifert, de Wurtzbourg ;

3o 500 francs à M. le docteur Ed. Lamarre, de Saint-Germain-en-Laye ;

4o 500 francs à M. le docteur Delthil, de Nogent-sur-Marne.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie décerne :

1o Un prix de 1,000 francs à M. Gustave Lancry, interne des hôpitaux de Paris ;

2o Un prix de 500 francs à M. le docteur J. Comby, de Paris ;

3o Des médailles d'argent à MM. les docteurs Louis Amat, médecin-major à Rodez ; G. Frédet, de Clermont-Ferrand ; V.-E.-A. Friot, de Nancy.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur F. Jacquemart, de Paris.

L'Académie accorde, en outre, pour les travaux en dehors de la question de prix :

1o Une médaille d'argent à M. le docteur Droixhe, de Huy (Belgique) ;

2o Un rappel de médaille d'argent à M. E. Ory, inspecteur des enfants assistés du Jura ;

3o Des médailles de bronze à MM. Delage, inspecteur des enfants assistés du département de Vaucluse ; Charles Guelliot, de Vouziers (Ardennes) ; L. Métérier, inspecteur des enfants assistés d'Indre-et-Loire ; A. Delisle, employé à la préfecture d'Eure-et-Loir.

Suivent les médailles accordées aux médecins des épidémies et à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1883. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, de partager le prix de 1,500 francs entre :

MM. les docteurs Amat, médecin-major de la garnison de Rodez (Aveyron) ; Sennt, médecin-major de première classe au 144e régiment de ligne, à Bordeaux (Gironde) ; Sourris, médecin-major de deuxième classe au 12e régiment d'infanterie, à Perpignan (Pyrénées-Orientales).

Suivent de nombreuses médailles d'or et d'argent.

R. F. D.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie vient de se terminer. Ont été nommés : MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Demoulin, Villemin, Montprofit et Villars.

— La Faculté de médecine de Paris a désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. Proust ; en deuxième ligne, M. Landouzy.

FACULTÉS DE MÉDECINE ET ECOLES DE PHARMACIE. — Par décret du 23 mai 1885, les professeurs suppléés pour raisons de santé reçoivent, dans les Facultés et les Ecoles supérieures de pharmacie, en sus de la somme qu'ils conservent sur leur traitement par application de l'article 2 du décret du 20 août 1881, une indemnité égale à la différence entre cette somme et la moitié de leur traitement de titulaire.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 17 mai 1885, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Borius, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Poigné et Nimié, médecins-majors de deuxième classe ; de Schuttelaère, médecin aide-major de première classe, et Moulard, médecin de première classe de la marine.

**

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 24 mai 1885, M. Ferré, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mai 1885, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Laurent, pour le 36e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubois, pour le 6e escadron du train des équipages militaires ; — Cervelle, pour le 5e hussards ; — Perrin, pour le 6e escadron du train des équipages militaires ; — Boutry, pour le 4e hussards.

MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, pour le dépôt du 18e chasseurs à cheval ; — Pelletier, pour le 17e dragons.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Moissonnier, pour l'hôpital de Belfort ; — Janin, pour l'hôpital de Bourges.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Darricarrère, pour l'hôpital de la Rochelle.

M. le pharmacien aide-major de première classe Grelléty, pour la Pharmacie centrale, à Paris.

PRIX. — Par décision ministérielle, en date du 22 mai 1885, des médailles d'or ont été décernées, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1884, à MM. les docteurs Mondot, Lescure, Guglielmi, Sandras, à Oran ; Ravel, au Tlélat ; Game, à

Perrégaux. — M. le docteur Tedeschi, à Tlemcen, a reçu, pour le même motif, une médaille d'or de deuxième classe.

***

Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. — La Société avait mis au concours la question suivante, pour 1885 : « Faut-il faire un groupe à part des anémies dites pernicieuses ? » Elle a proclamé M. le docteur A. Sordes (de Tarare) lauréat pour 1885, et lui a décerné une médaille d'or de 300 francs.

— M. le docteur Blanc-Aillaud a été élu, dimanche dernier, conseiller municipal de la ville de Marseille.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 17 au samedi 23 mai 1885.

Fièvre typhoïde 19. — Variole 4. — Rougeole 44. — Scarlatine 8. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 42. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 203. — Autres tuberculoses 32. — Autres affections générales 65. — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 96. — Athrepsie gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 27. — au sein et mixte 18. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 101. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 93. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définiés 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 1,078 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la chaleur animale, mouvements et mécanisme, destination physiologique et rôle pathologique, déductions thérapeutiques et applications pratiques, par le docteur de Robert de Latour, membre et ancien président de la Société de médecine de Paris. — Paris, 1885. Un vol. in-8 de 546 pages. — Prix : 8 fr. ; librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Du Traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par le docteur Gingeot, médecin des hôpitaux. Un volume in-8 de 50 pages. Prix : 2 fr. 50 — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité d'Electrothérapie, par le professeur Erb, ouvrage traduit de l'allemand, par le docteur A. Rueff. 1 vol. in-8, avec 39 figures dans le texte. — Prix : 13 fr., à la librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par le docteur A. Ollivier. Un vol in-8 de 32 pages. — Prix : 60 c. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris.

Traité des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

HERNIE INGUINO-SCROTALE DOUBLE INCOERCIBLE. — OPÉRATION DE CURE RADICALE. — GUÉRISON (1), par M. G. BOUILLY.

M..., âgé de 50 ans, cuisinier, entre le 23 août 1884 dans le service du professeur Trélat, que j'ai l'honneur de suppléer à la Charité.

Cet homme, d'assez chétive apparence, ayant des antécédents d'accidents scrofuleux de l'enfance, atteint plus tard d'un mal perforant (1855), d'une kératite grave de l'œil droit par brûlure avec de la graisse bouillante, a séjourné pour ce dernier accident près de dix mois à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Panas (1880). Durant ce séjour à l'hôpital, il est pris, sans cause appréciable, d'un phlegmon gangréneux du membre inférieur droit, lequel a nécessité des incisions multiples et guéri au bout de six semaines.

En janvier 1884, il est atteint d'un eczéma généralisé aux pieds et aux mains.

Il entre à la Charité en août 1884 pour se faire soigner d'une volumineuse hernie inguino-scrotale double.

D'après les renseignements que fournit le malade, son père aurait eu à 40 ans une volumineuse hernie inguino-scrotale double ; sa mère aurait eu une hernie crurale ; une sœur de sa mère aurait succombé à un étranglement herniaire. Enfin, une sœur du malade a vu apparaître une hernie à la suite de son premier accouchement.

Les hernies du sujet en question sont doubles, très volumineuses, hernies inguino-scrotales, apparues à droite lorsque le malade avait 4 ans ; à gauche en 1873. Ces hernies ont été toujours mal maintenues. Ce n'est cependant qu'en 1862, c'est-à-dire lorsque cet homme avait 28 ans, que la hernie du côté droit a pris un développement considérable. A partir de cette époque, la tumeur est devenue incoercible. Malgré un long séjour au lit à l'Hôtel-Dieu et la confection d'un bandage spécial fait à cette époque, la tumeur n'a jamais pu être maintenue réduite.

Elle se présente sous forme d'une masse volumineuse pendant au-devant et au-dessous du pubis, ne mesurant pas moins de 19 centimètres de hauteur et 40 centimètres de circonférence quand le malade est debout ; elle mesure encore 14 centimètres de hauteur et 35 ou 36 centimètres de circonférence, le malade étant couché. Jamais la tumeur ne rentre spontanément, ni par le repos prolongé combiné avec l'élévation du bassin.

Cependant un taxis très court et très modéré fait rentrer la totalité de l'intestin hernié, avec le gargouillement caractéristique. La tumeur se reproduit aussitôt que la contention a cessé. Les anneaux inguinaux sont élargis au point de permettre l'introduction de trois doigts à droite et de deux à

(1) L'opéré a été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 24 décembre 1884.

FEUILLETON

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD, par M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Suite. — Voir les numéros 21 et 22.

Qu'il nous soit permis de nous reporter en arrière et de faire revivre un instant de bien chers souvenirs.

Vers 1860, dans une petite maison cachée sous de magnifiques ombrages, vivait, retiré à Passy, un homme trop tôt disparu et dont la mémoire a laissé dans le cœur de ceux qui l'ont connu une trace ineffaçable. Une composition d'internat avait classé, du premier coup, au nombre des esprits les plus distingués de la jeunesse médicale de son temps, M. Jean Bouley, ce maître ignoré comme l'appelait naguère un des nôtres. Pour s'assurer le concours de ses lumières et l'autorité de ses conseils, pour couronner en quelque sorte la maison de santé de Passy d'une auréole de respect, notre savant et cher confrère M. Blanche avait ménagé à M. Bouley cette retraite silencieuse et charmante. Depuis de longues années, il préparait un traité de pathologie générale. Grand partisan de l'unité évolutive de Hégel, il rêvait de placer au sommet de la pathologie générale, qui n'est, disait-il, qu'un pur inventaire, l'idée de cause comme le point de départ d'une évolution scientifique nouvelle. Son sujet allait s'élargissant sans cesse et, pénétré de plus en plus de son insuffisance, chaque jour il remettait au lendemain. Qu'elle n'eût pas été sa joie, s'il eût vécu, de voir le grand œuvre qu'il couvait en silence, briser tout à coup le moule didactique et se réaliser sous la forme vivante!

Dans son cabinet, sur les chaises, sur la cheminée, sur le sol, partout des livres ouverts et annotés ; et sur sa table de travail, une sorte de rempart de volumes au-dessus duquel on apercevait, en entrant, son bon et fin sourire. Ce qu'il y avait de connaissances accumulées chez ce lecteur sans relâche est vraiment prodigieux : sciences médicales, langues anciennes, langues vivantes, histoire de tous les temps et de tous les pays, philosophie, archéologie, peinture, sculpture, avec la connaissance précise des chefs-d'œuvres de tous les musées de l'Europe, histoire de la musique,

gauche. Les testicules sont situés à l'extrémité inférieure de la tumeur et nettement distincts d'elle.

Toute la masse est sonore à la percussion et complètement réductible; il s'agit donc d'une entérocèle pure, sans adhérences.

Le malade n'a jamais été autrement incommodé de sa tumeur que par son volume. A peine éprouve-t-il de loin en loin une douleur vague qu'il compare à une *sensation de barre* dans le ventre. Jamais il n'a eu de hoquets ni de vomissements.

L'incoercibilité de la tumeur, son volume toujours croissant, la gêne qu'elle fait éprouver au malade, l'obstacle qu'elle met à toute espèce de travaux, les froissements répétés auxquels son volume l'expose, enfin la demande expresse du malade d'être débarrassé d'une pareille infirmité, m'engagent à tenter la cure radicale de ces hernies.

L'examen des urines n'y révèle ni sucre ni albumine. La préparation opératoire consiste dans le séjour au lit, une diète liquide dans les deux jours qui précèdent l'intervention et l'administration de purgatifs et de lavements.

Le malade est baigné; le pubis rasé.

22 septembre 1884. — Opération, anesthésie, lavage phéniqué de la région, spray. L'opération est d'abord pratiquée du côté droit.

Les téguments sont divisés jusqu'au sac par une incision oblique en bas et en dedans, parallèle au grand axe de la tumeur, commençant au-dessus de l'anneau inguinal, passant par son milieu, et acquiert une longueur de 15 à 16 centimètres. Le sac, mis à nu, est incisé dans l'étendue de la plaie cutanée.

L'intestin et une petite quantité d'épiploon, absolument intacts, sont facilement réduits et maintenus dans le ventre par un aide, au moyen d'une éponge fine phéniquée introduite dans l'anneau inguinal et maintenue par une pince à forcipressure.

Le sac herniaire est attiré par en bas, de manière à faire la ligature de son collet le plus haut possible. Celle-ci est pratiquée de la manière suivante : l'orifice herniaire étant très large, il est impossible d'en faire parcourir tout le contour, en un seul temps, au fil de catgut. Une aiguille de Reverdin légèrement courbe, introduite le long de la face externe du sac, en contourne d'abord la demi-circonférence supérieure, du côté interne vers le côté externe, et ramené au fort fil de catgut; ensuite, introduite par le même point d'entrée, elle contourne la demi-circonférence intérieure et va chercher en dehors le chef pendant de l'anse de catgut. De cette façon, le collet du sac se trouve entouré d'une ligature circulaire de catgut. A la partie inférieure, l'aiguille est insinuée avec précaution le long de la face externe du sac, de manière à éviter le canal déférent et les veines du cordon.

Quand le catgut est placé, les deux chefs de la ligature sortant vers le côté interne du collet sont fortement serrés, de manière à amener en contact les parois du sac herniaire, dans la région du collet. Celles-ci se trouvent parfaitement rapprochées après la constriction du fil, et il est impossible de rien insinuer au niveau du point serré. La communication entre l'abdomen et le sac herniaire est tout à fait interrompue. Le fil de catgut est coupé au ras, près du nœud.

La ligature du collet se trouve placée très haut, derrière l'orifice externe du trajet inguinal.

Il n'est point tenté de suture des piliers, qui sont très éloignés l'un de l'autre.

Enfin, les parties antérieure et latérales du sac isolé sont réséquées; mais on ne touche pas à sa partie postérieure pour éviter les éléments du cordon spermatique éparpillés sur cette paroi. L'hémostase est assurée par des fins catgut; un gros drain est placé dans la cavité restante du sac et sort par une ouverture pratiquée sur la peau du scrotum au niveau de la limite inférieure du sac. Les parties non réséquées du sac sont réunies avec des crins de Florence coupés au ras du nœud et abandonnés; les téguments sont réunis sur un drain par douze ou quinze points de suture avec le crin de Florence.

La même opération est immédiatement pratiquée du côté gauche et rapidement terminée.

Toute l'opération a duré une heure et quart, y compris le pansement. Celui-ci consiste en une bande de gaze iodoformée sur les lignes de réunion, de la gaze de Lister chiffonnée, des éponges pour faire de la compression, le tout maintenu par un double spica de l'aine.

Un coussin est placé sous le bassin du malade pour le relever et faire descendre les anses intestinales vers le diaphragme.

---

hautes mathématiques, exégèse historique et religieuse; il était prêt sur tous les sujets, parlait peu, écoutait volontiers les autres et résumait son opinion, toujours attendue, en un trait juste et parfois piquant.

Chaque semaine prenaient place à sa table quelques amis choisis : Claude Bernard était du nombre.

On y rencontrait M. Ernest Renan, à la gravité douce et souriante, à l'ironie discrète et légère; le séduisant auteur de tant de pages exquises, modèles achevés de finesse et de grâce. Peu soucieux de ces luttes stériles où trop souvent les principes succombent dans la mêlée des intérêts, s'il n'a pour les solutions contingentes des questions du jour qu'une dédaigneuse indifférence ; devant les grands problèmes qui l'attirent, si parfois sa pensée hésite et s'il refuse d'attacher à sa doctrine une étiquette convenue, il est un asile réservé où le croyant apparaît et se révèle : ennemi déclaré de toute persécution, défenseur convaincu de toutes les libertés, c'est avec une persuasive éloquence qu'il proclame les droits imprescriptibles de la conscience humaine.

Claude Bernard y retrouvait son compagnon de laboratoire, l'éminent chimiste doué à un si haut degré de la faculté créatrice, M. Berthelot, dont les merveilleuses synthèses laissent entrevoir, comme une moisson lointaine, les ambitieuses espérances de la science hermétique ; le chercheur inspiré qui poursuit, en ce moment même, dans les chaleurs de combinaison des corps, le secret des affinités, ce grand mystère de la chimie.

On y rencontrait encore l'un des membres les plus aimés de notre Compagnie, le frère du maître du logis, M. Henry Bouley, esprit élevé et cœur chaud, toujours prêt à s'émouvoir aux grandes idées et aux nobles sentiments; M. Peisse, le traducteur des œuvres philosophiques de Dulgald-Stewart, critique d'art de premier ordre, qui, sans être médecin, écrivait sur les choses de la médecine d'une plume mordante et fine et qui devint, dans les dernières années de sa vie, l'un de nos associés libres; M. Chenavard, cet attachant causeur dont l'inépuisable fantaisie donne à tout ce qu'elle touche un tour inattendu, artiste doublé d'un penseur, qui, dans une composition à la fois étrange et puissante, symbolise sous les traits de Moïse, d'Homère, d'Aristote et de Galilée, les incarnations successives de l'humanité; M. Léon Renault, tout jeune alors et dont l'assurance précoce, le sens droit, la parole élégante et claire, faisaient déjà pressentir l'orateur politique

Eau rongie et six centigrammes d'extrait thébaïque pour la journée.

T. A. le soir de l'opération, 39°.

23 septembre, matin. — T. A. 38°,6. Nuit agitée; évacuation abondante de gaz par l'anus. Le pansement est renouvelé; il est imbibé d'une très faible quantité de sérosité sanguinolente. Le drain du côté gauche ne peut être replacé dans la cavité du sac.

T. A. soir, 39°,2.

Les deux jours suivants, la température se maintient à 39°,2 le matin et atteint 40°,5 le soir.

Le 25, le malade accuse de la douleur dans le côté gauche des bourses. Le scrotum de ce côté est rouge, œdématié. Deux points de la suture sont enlevés à l'extrémité inférieure de la ligne de réunion et les lèvres de la plaie sont désunies dans cette étendue. Un drain est passé avec un trocart courbe dans la cavité du sac.

Le ventre est souple et indolent; il n'y a aucun retentissement péritonéal.

Dans les jours qui suivirent, la température resta élevée; une petite eschare se détacha sur le scrotum gauche. Les bourses sont grosses et œdématiées, peu douloureuses. A droite, les choses sont en parfait état.

Le pansement à la gaze de Lister est remplacé par des compresses humides trempées dans la solution phéniquée faible.

Le 29, les premières garde-robes sont provoquées et largement obtenues à l'aide de deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 7 octobre, une incision est faite sur le scrotum gauche pour permettre l'ablation du tissu cellulaire sous-cutané qui est sphacélé et est enlevé par lambeaux.

A droite, le scrotum est volumineux et distendu, et il se fait une petite escharre à la partie antérieure. Celle-ci est détachée et à sa place se trouve une ulcération par laquelle filtre de la sérosité trouble venant du sac herniaire.

La température se maintient encore à 39° le matin et 40°,2 le soir; elle ne revient à 37°,4 que le 3 octobre au matin.

Les diverses ouvertures du scrotum à gauche et à droite continuent à donner de la suppuration en quantité toujours décroissante jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle les drains sont retirés.

Depuis plusieurs jours, l'état général est très bon; l'appétit est considérable. Le scrotum s'est beaucoup rétracté et ne présente plus que des ulcérations superficielles qui sont pansées à la gaze iodoformée.

Le malade est longtemps conservé au lit pour permettre la consolidation de la suture du sac et il ne se lève pour la première fois que le 30 octobre, muni d'un bandage herniaire double.

Par la toux, il se fait une impulsion marquée de l'intestin au niveau des anneaux herniaires; mais la hernie n'a aucune tendance à descendre dans le scrotum et est complètement maintenue par le bandage.

Au moment où je présente le sujet à la Société de chirurgie le 24 décembre 1884, le résultat peut être considéré comme très satisfaisant.

Il n'y a pas, bien entendu, de cure radicale de la hernie, car l'intestin vient sans le moindre effort se présenter au niveau de l'orifice inguinal externe. Mais le but de l'opération est complètement atteint, à savoir, rendre la hernie coercible par un bandage, sans qu'elle envahisse le scrotum.

L'énorme tumeur scrotale qui descendait entre les cuisses du malade n'a pas tendance à se reproduire; toute la partie scrotale de la hernie est supprimée.

On sent toujours très facilement le vaste écartement des piliers de l'anneau, et la chose est toute naturelle, puisque je n'ai rien tenté contre cet écartement. Mais, d'une part, les adhérences des parois du sac au point où il a été suturé, et, d'autre part, l'oblitération du trajet herniaire intra-scrotal, suffisent à empêcher la descente de l'intestin.

Je n'ai rien de particulier à dire sur le manuel opératoire. Je me suis contenté ici de faire la suture du sac aussi haut que possible, derrière l'anneau inguinal externe. Ce temps de l'opération a été rendu un peu laborieux par l'étendue considérable de la circonférence que devait parcourir le fil constricteur. J'ai dû passer celui-ci en deux fois, parcourant chaque demi-circonférence à l'aide d'une aiguille de Reverdin légèrement courbe.

Je n'ai réséqué que les parties antéro-latérales du sac, ménageant sa partie postérieure adhérente aux éléments du cordon dont la blessure est à éviter, quand on ne fait pas en même temps la castration.

La réunion profonde et superficielle fut faite à l'aide de crins de Florence sur des drains, l'un placé dans l'ancienne cavité

---

auquel toutes les ambitions sont permises; M. Armand Moreau, l'admirateur passionné de Claude Bernard, introduit parmi nous par le maître auquel il s'était donné tout entier, et que nous avons vu profondément troublé et mortellement atteint quand vint à lui manquer celui qu'il avait tant aimé.

Dans ces réunions sans apprêt, que de causeries fécondes! Dans ces champs librement ouverts à toutes les hardiesses de la pensée, où chacun donnait et recevait tour à tour, que d'idées nouvelles semées à pleines mains, que d'attachantes dissertations sur les principes, sur les doctrines et sur les méthodes! Là, point d'affirmations sans preuves, point de preuves qu'on ne tournât ou retournât en tout sens. D'ailleurs aucun programme tracé d'avance; des obscures profondeurs de la métaphysique, l'esprit s'élevait d'un coup d'aile aux poétiques enthousiasmes de M. Antoni Deschamps ou se reposait un instant aux spirituels paradoxes de M. Alexandre Weill.

A chaque découverte nouvelle de Claude Bernard, on s'empressait autour de lui: c'étaient les grands jours. Aux regards pleins de désirs de ceux qui l'écoutaient, on pouvait mesurer la place que tiennent aujourd'hui les sciences objectives dans le domaine de la spéculation philosophique. Dans les explications qui lui étaient demandées, souvent un mot l'avait frappé, il sortait le front pensif; et plus d'une fois j'ai surpris le travail secret de sa pensée, quand nous regagnions ensemble, par les quais déserts, la grande ville, qui étincelait au loin.

Dans le cours de l'année 1866, Claude Bernard fut très éprouvé. Les journées entières passées dans un laboratoire humide et obscur, suivies de veilles laborieuses et prolongées, avaient profondément altéré sa santé. Il s'était réfugié à Saint-Julien. Ses amis suivaient la marche de sa maladie avec la plus vive anxiété; chacun cherchait à le consoler. M. Pasteur eut la délicate pensée de choisir ce moment pour publier dans le *Moniteur universel* une appréciation sommaire de ses travaux et de son enseignement. C'est à cette occasion que M. Claude Bernard lui écrivait: « Mon cher ami, vous m'avez fait un homme illustre de par votre autorité scientifique... C'est, pour moi, un bien précieux encouragement d'être approuvé et loué par un savant tel que vous. Vos travaux vous ont acquis un grand nom et vous ont placé au premier rang des expérimentateurs de notre temps; c'est vous dire que l'admiration que vous professez pour moi est bien partagée. Nous devons

du sac, l'autre sous les téguments. La suture de la cavité du sac aurait dû être faite plus avantageusement avec du catgut fin résorbable.

J'étais fort disposé à attribuer les accidents phlegmoneux qui survinrent au scrotum, à gauche, à l'impossibilité de remettre le drain dans la cavité du sac au moment du second pansement et à la rétention des liquides. Mais des accidents presque semblables s'étant déclarés quelques jours plus tard dans le côté droit où le drainage était bien en place, je crois qu'il faut surtout accuser la mauvaise qualité du terrain sur lequel nous opérions. Il faut nous rappeler qu'un an auparavant cet homme avait fait spontanément un phlegmon gangréneux de la jambe pour lequel il avait dû subir de nombreuses incisions et faire un séjour prolongé à l'hôpital.

Ce phlegmon du scrotum donna lieu pendant une quinzaine de jours à une forte élévation de température, sans que jamais l'état général fût inquiétant, et se termina par la suppuration et le sphacèle d'une portion du tissu cellulaire sous-cutané.

Dans un cas semblable où le scrotum est très large, je crois bon d'en réséquer une partie, afin d'obtenir un accolement plus complet des parties et une réunion plus rapide. L'étendue des surfaces empêche leur accolement, favorise la formation d'une cavité dans laquelle s'accumulent les liquides et prépare les accidents inflammatoires. Une suture soignée et une compression rigoureuse réduisent au minimum les parois de cette cavité, après résection du scrotum. Un drain court, placé à la partie inférieure de l'incision et retiré de bonne heure, dès le deuxième ou le troisième pansement, assurera l'écoulement dans les premiers jours, sans s'opposer à une adhésion rapide des parties.

Avec ces précautions mieux prises, j'aurais peut-être évité le phlegmon des bourses qui n'a pas compromis, il est vrai, l'opération que j'ai exécutée, mais qui en a retardé le résultat définitif.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Granulie a forme cérébrale. — Guérison. — Observation recueillie dans le service de M. Empis (Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles), par An. Thierry, interne provisoire.

Gardet, journalier, 44 ans, sans famille ; d'une constitution fatiguée par les privations habituelles de la misère, mais indemne de toute tare diathésique. Aucun stigmate actuellement apparent de scrofule ou de syphilis ; nul soupçon d'arthritisme ou d'alcoolisme. Comme maladies antérieures, des fièvres intermittentes, à l'âge de 7 à 8 ans ; une affection inflammatoire de l'œil gauche (conjonctivite) à 14 ans ; une bronchite en 1875, qui aurait duré trois mois.

Il y a six mois, le malade était pris de malaise général, d'inappétence, de douleurs gastriques, avec constipation et vomissements verdâtres répétés. Trois semaines de traitement à l'hôpital de Dreux (où Gardet habitait depuis son enfance) rétablirent la santé, à part un peu de faiblesse générale et d'anorexie persistante. Depuis vingt jours qu'il habite Paris, Gardet souffre de nouveau de douleurs abdominales vives, accompagnées de quelques selles diarrhéiques passagères, puis de constipation et de vomissements bilieux qui se répètent jusqu'à 8, 10 fois par jour.

État actuel. — Admis le 29 janvier, salle Saint-Charles, le malade est abattu, somnolent ; les traits amaigris, tirés, ont une expression grimaçante ; la parole est lente, embarrassée ; l'intelligence intacte, quoique difficilement mise en éveil. La céphalalgie est intense, également pénible sur les différents points du crâne. Des douleurs abdominales extrêmement vives et continues sont comparées par le malade à une sorte de « broiement des os du bassin ». Le moindre attouchement du tégument abdominal, la moindre pression les exaspère et arrache des cris au patient. L'hyperesthésie s'étend aux cuisses et est surtout marquée en cette région et aux aines, lorsque la pression s'exerce sur les plans musculaires. Même exagération de la sensibilité au bras droit. Des fourmillements sont accusés dans tous les membres.

La motilité est intacte à gauche, mais considérablement affaiblie dans tout le côté droit. Le bras, en particulier, est sans force et ébauche avec peine quelques mouvements ; la main laisse échapper les objets. La jambe serait impuissante à soutenir debout le malade ; le talon est péniblement détaché du lit. La paupière supérieure à gauche est tombante. Du même côté, on constate une légère dilatation de la pupille ; la vue est troublée, voilée des deux côtés. Des bourdonnements dans l'oreille gauche.

Le ventre est fortement rétracté, creusé en bateau, et tellement sensible que l'exploration des régions hépatique et splénique est impraticable. La trace de l'ongle sur le tégument y détermine lentement l'apparition des raies hyperémiques.

La langue est blanchâtre, étalée, sans déviation caractéristique. L'inappétence est absolue. Un seul vomissement verdâtre dans la journée. Constipation.

La respiration est régulière, mais accélérée, à 40. Une petite toux quinteuse provoque une expectoration peu abondante, spu-

être nés pour nous entendre, puisque tous deux nous sommes animés de la même passion et des mêmes sentiments pour la vraie science ». Dans une lettre adressée à M. Sainte-Claire Deville, il revenait, le lendemain, sur le même sujet, et faisant allusion à l'une de ses plus belles découvertes : « J'ai reçu l'article que Pasteur a fait sur moi, disait-il dans son langage familier, cet article m'a paralysé les nerfs vaso-moteurs du sympathique, et m'a fait rougir jusqu'au blanc des yeux. »

Dans la vie de celui qui s'élève au-dessus de ses contemporains, il est un moment que l'on pourrait appeler de plein épanouissement. Ignoré jusque-là du plus grand nombre, son mérite éclate soudain à tous les yeux, son nom circule sur toutes les lèvres, ses émules eux-mêmes reconnaissent un maître. On peut dire que la maladie de Claude Bernard marque pour lui cet instant décisif.

Au milieu du calme et de la solitude, en face des grands spectacles de la nature, son esprit, naturellement incliné à la méditation, se reporte en arrière. Il embrasse d'un coup d'œil tout son passé ; son point de vue s'élève, son horizon s'élargit, ses qualités maîtresses se révèlent. Au chercheur du Collège de France succède le généralisateur du Muséum. A vrai dire, ces deux hommes étaient en lui dès le principe. Jamais sa pensée n'est restée confinée dans l'étroite enceinte du laboratoire, ce lieu d'épreuve, accessible à tous, mais où l'idée nouvelle ne devient une découverte que pour celui-là seul qui sait voir et comprendre.

Qu'on l'envisage à l'état de germe, à l'état d'accroissement ou à l'état de développement complet, l'être organisé a la propriété de réagir sur les éléments qui l'entourent, d'associer ces éléments en combinaisons nouvelles et de les transformer en sa propre substance. En un mot, l'être vivant n'entretient sa vie que par un échange incessant avec les choses du dehors, et le milieu qui l'entoure est la condition même de son existence. Mais cette conception générale, dont on retrouve la trace jusque dans les monuments les plus anciens de la science, ne saurait suffire. Les influences extérieures ne peuvent atteindre l'être vivant, elles ne peuvent agir sur lui qu'en le pénétrant, qu'en entrant en quelque sorte en conflit avec ce que M. Claude Bernard appelle milieu intérieur, expression qui n'implique pas seulement un changement de lieu, mais une création nouvelle dans laquelle l'être vivant lui-même intervient. C'est dans ce milieu intérieur, sang ou liquide nourricier, que la circulation, avec toutes ses complications et avec les influences

meuse et teintée de sang. Aucun signe stéthoscopique révélateur de lésion pulmonaire, simplement un peu de sibilance au niveau des deux sommets.

Pas de troubles cardiaques notables. Le pouls est à 88. La température qui, la veille au soir, était à 39o, est, le 30 au matin, à 38o, et le soir à 38o,2.

Les urines, foncées, sont rares ; environ 100 gr. en 24 heures. Ni sucre, ni albumine appréciable par les réactifs ordinaires.

Traitement. — Médication iodurée : 2 gr. d'iodure de potassium. Vésicatoire à la nuque. Eau de Sedlitz.

31 janvier. — Persistance de l'état d'apathie et de stupeur profonde du malade.

Même acuité des douleurs abdominales, spontanées ou provoquées par le toucher et la pression. Hypéresthésie également vive des aines, des cuisses et du bras droit. Accentuation de l'hémiparésie droite : le bras droit est complètement paralysé. La ptosis de la paupière supérieure gauche est aussi plus accusée, ainsi que la dilatation pupillaire du même côté. Amblyopie ; pas de diplopie.

Tintements d'oreille à gauche. Le ventre demeure fortement rétracté et sensible.

Pas de vomissements. Constipation persistante.

Respiration à 36o ; pouls à 76. Température matin et soir à 38o.

Emission de 1 litre d'urine en vingt-quatre heures. Pas d'albumine.

Révulsion intestinale : Eau-de-vie allemande ; lavement purgatif. Potion iodurée.

1er février. — Même état de rétraction et de sensibilité de la paroi abdominale.

La paralysie du bras redevient incomplète ; le malade peut imprimer quelques mouvements aux doigts. La cuisse est aussi plus facilement soulevée.

La blépharoptose persiste, mais l'inégalité pupillaire a presque totalement disparu.

Rythme respiratoire normal. Pouls 68o. Température matin et soir, 37o,2.

Un litre d'urine en vingt-quatre heures.

2 février. — L'hypéresthésie a disparu au bras et ne se manifeste plus à la cuisse qu'à la pression des plans profonds. Le ventre est toujours rétracté et excessivement douloureux. La céphalalgie ne s'est pas modifiée, non plus que les troubles visuels. Toutefois l'inégalité pupillaire n'est plus appréciable, et la blépharoptose est moins accusée. Tous les mouvements sont reparus, mais faibles, du côté droit.

T. M. : 37o ; S. : 37o,4. Environ 0 lit. 75 d'urine en vingt-quatre heures. Pas d'albumine.

3 février. — Atténuation progressive des douleurs que la pression détermine à la cuisse. Céphalalgie un peu moins vive. Apathie, anorexie persistantes. Même sensibilité excessive et rétraction de l'abdomen. Blépharoptose toujours marquée.

Potion iodurée. Lavement purgatif.

4-9 février. — Amélioration notable des troubles céphaliques. La blépharoptose n'existe plus. La vision a recouvré, à droite, un peu de sa netteté primitive ; à gauche, elle reste troublée ; de ce côté, d'ailleurs, la vue n'a jamais été bonne depuis la jeunesse. Continuation de la médication iodurée.

10 février. — La céphalalgie redevient intense, l'état d'apathie et de stupeur plus accentué. Cependant, la rétraction de l'abdomen a très notablement diminué, et l'hypéresthésie s'est fort atténuée. Constipation habituelle.

Lavement purgatif. Potion avec iodure de potassium, 2 grammes.

12 février. — Céphalalgie très vive, continue et diffuse ; apathie profonde. Pas d'aggravation des phénomènes abdominaux. Le soir, la température monte à 40o,5.

13 février. — Intensité persistante des phénomènes céphaliques. Pas de complications pulmonaires. Température : matin, 40o ; soir, 40o,2.

Vésicatoire à la nuque. Purgatif. Potion iodurée.

14 février. — Le ventre est de nouveau fortement rétracté et très douloureux à la pression, particulièrement vers la région inguinale. Température : matin, 38o,5 ; soir, 38o,8.

15 février. — La céphalalgie diminue ; même état de rétraction et de sensibilité de l'abdomen.

16-17 février. — Atténuation progressive des phénomènes abdominaux et céphaliques.

17-28 février. — Le malade traverse une série d'accès fébriles quotidiens, caractérisés par leur apparition vespérale (vers six à sept heures du soir), l'absence de frisson initial bien accusé et de sudation consécutive, et une élévation thermique de 2 degrés en moyenne (la courbe oscille entre 37o,2 et 39o2 ou 39o4, 39o,6).

Parallèlement et graduellement, disparition complète de la rétraction et de l'hypéresthésie de la paroi abdominale, de la céphalalgie et de l'état d'abattement, tous symptômes dominants de la maladie.

5 mars. — Le malade n'accuse plus que de la faiblesse générale et une faiblesse plus marquée dans le côté droit. L'appétit revient peu à peu.

La potion iodurée est supprimée. Régime tonique. De temps à autre, lavement laxatif pour vaincre la constipation.

20 mars. — Le malade se lève, mais s'aide encore faiblement de son côté droit.

1er avril. — Les forces du malade se sont progressivement accrues et permettent quelques promenades.

---

qui la gouvernent, conduit et dirige dans toutes les directions et suivant les besoins ; c'est dans ce milieu déposé dans le sein des organes et des tissus, au contact des éléments anatomiques, que s'accomplissent les actes cachés de la respiration, que se continue le travail en apparence intermittent de la digestion, et que se réalise l'incessante élaboration qui est le fond même de la nutrition.

C'est à l'aide de ce milieu interposé entre les agents extérieurs et la substance vivante, et qu'on peut appeler physiologique, par opposition au milieu cosmique général, que le physiologiste et le médecin peuvent agir sur les éléments histologiques, les agents effectifs des phénomènes de la vie.

« Quoique profondément situés, dit Claude Bernard, les éléments histologiques communiquent avec l'extérieur ; ils vivent dans les conditions du milieu extérieur, mais du milieu extérieur perfectionné et régularisé par le jeu de l'organisme. L'organisme est une machine vivante, construite de telle façon qu'il y a, d'une part, une communication libre du milieu extérieur avec le milieu intérieur organique, et d'autre part, qu'il y a des fonctions protectrices des éléments organiques pour mettre les matériaux de la vie en réserve et entretenir les autres conditions indispensables à l'activité vitale.

« La maladie et la mort ne sont qu'une dislocation ou une perturbation de ce mécanisme qui règle l'arrivée des éléments vitaux au contact des éléments organiques. En un mot, les phénomènes vitaux ne sont que les résultats du contact des éléments organiques du corps avec le milieu intérieur physiologique : voilà le pivot de la médecine expérimentale. »

Il est un autre point sur lequel il a beaucoup insisté et qui se rattache à une conception nouvelle de la physiologie générale. Déjà dans l'étude de la glycogénie, il avait combattu cette idée d'une séparation tranchée entre les végétaux et les animaux, conception juste à certains égards, mais incomplète. Oui, les végétaux emmagasinent les matériaux combustibles sous forme de produits que les animaux consomment et qu'ils brûlent à l'aide de l'oxygène de l'air ; oui, dans la plante immobile et fixée au sol, les actes de réduction dominent, tandis que l'oxydation est liée, dans l'animal, à la production de la chaleur et du mouvement dans tous ses modes ; oui, le végétal transforme les forces vives en forces de tension, et l'animal les forces de tension en forces vives, en sorte que le végétal

L'examen ophtalmoscopique pratiqué par notre savant ami Bettremieux, et confirmé par M. le professeur Panas, décèle : à gauche, les traces d'une kératite ancienne consécutive à une conjonctivite granuleuse, lésion qui explique de ce côté les troubles visuels de vieille date dont se plaint le malade; à droite, dans le champ pupillaire, un peu en haut et en dehors, vers l'ora serrata, une petite plaque grisâtre à contours irréguliers et à noyau noir central, vestige de choroïdite partielle, et présumablement de tubercule guéri. Cette lésion est en rapport avec les troubles de la vue accusés dans le cours de la maladie.

24 avril. — Gardet part à la maison de convalescence dans un état de santé très satisfaisant et ne se plaignant plus que d'un peu de faiblesse persistante dans les membres du côté droit.

Réflexions. — Cette observation semble intéressante à plusieurs titres :

1° Le diagnostic ne paraît pas douteux. L'état prodromique prolongé, l'abattement du malade, son excessive céphalalgie, l'état de la sensibilité cutanée et musculaire, la parésie des mouvements des membres du côté droit, en particulier celle du bras, les troubles oculo-pupillaires du côté gauche, les vomissements, la constipation, l'incurvation du ventre en carène, l'état fébrile, la lésion de la choroïde à droite, tout cet ensemble symptomatique répond fidèlement au tableau que notre éminent maître, M. Empis a tracé de la granulie à forme cérébrale;

2° L'évolution saccadée, la mobilité de certains symptômes, les alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'inégalité et l'irrégularité du cycle thermique, montrent et mettent en relief les localisations anatomiques multiples et successives de la maladie;

3° Enfin, le rétablissement progressif des fonctions générales, l'état de santé véritablement satisfaisant que présente le malade au moment où il quitte l'Hôtel-Dieu, démontrent, ainsi que l'a établi et observé maintes fois M. Empis, la possibilité de la guérison, quelles que soient d'ailleurs les chances de récidive, dans la granulie des méninges craniennes.

Un cas de lactosurie, par le docteur Gaube (du Gers).

L'enfant de Br... est âgé de quatorze jours; il est venu au monde bien conformé. Il est né d'un père d'origine anglo-saxonne et d'une mère dont l'origine est moins assurée, qui porte les marques ataviques indubitables de la race celtique. Ils sont jeunes tous deux.

La mère du père est morte d'une affection du cœur; le père vit encore. La mère a dix frères ou sœurs, tous bien portants. Son père, sa mère, sa grand'mère maternelle, âgée de 92 ans, jouissent d'une parfaite santé. Il ne semble pas exister dans les ascendants de diathèses bien tranchées; il n'en apparaît point ni chez le père, ni chez la mère.

Pendant les cinq premiers jours qui suivirent sa naissance, l'enfant fut alimenté avec du lait coupé par trois quarts d'eau, parce que la sécrétion lactée s'établissait lentement chez la mère; à partir du cinquième jour, l'enfant téta régulièrement; presque dès le lendemain de sa naissance, il a été pris d'une diarrhée verte, accompagnée, au début, de rares vomissements; le lait de la mère est excellent, à l'analyse. Les matières fécales de l'enfant sont acides, composées de grumeaux de lait que la digestion intestinale n'a pas attaqués; l'enfant dépérit. La fontanelle antérieure se creuse; les yeux s'excavent; la mort semble venir à grands pas. Le tableau de l'athrepsie n'est cependant pas complet. Nous pensons qu'en dehors du refroidissement, car les parents ont voulu élever l'enfant à l'anglaise, c'est-à-dire les bras et la tête découverts, il y a une cause à cet état maladif dont la nature nous échappe, et nous la cherchons.

Tous les organes sont ou paraissent intacts; l'estomac est bon, puisque le lait est coagulé, puisque l'enfant ne vomit pas; la digestion intestinale seule est altérée; les sclérotiques sont blanches; une lésion du foie doit être écartée; les matières fécales sont projetées violemment au dehors; elles sont fortement acides, mais inodores; elles irritent donc la muqueuse et, par réflexion, les fibres de l'intestin qui cherche à s'en débarrasser; elles ne subissent pas de fermentation, car elles sont inodores. Il manque là un ferment inversif qui dédouble la lactose et facilite son utilisation.

La salive n'est pas acide; l'haleine est sans saveur; parmi les autres *excreta*, l'urine devait nous donner de précieux renseignements.

L'urine est à peu près incolore, sans odeur, acide; elle ne se trouble pas par la chaleur; ajoutée à de la liqueur de Fehling bouillante, elle ne réduit pas cette liqueur. Bouillie et additionnée de liqueur de Fehling, elle réduit cette dernière à mesure qu'elle se refroidit, et il se précipite de l'oxydule de

---

est un réservoir de force que l'animal dépense. C'est là ce qui se voit, mais il y a aussi ce qui ne se voit pas. Dans les actes de la nutrition proprement dite, dans les transformations qui président à la constitution même des éléments et des tissus, dans cette vie profonde et cachée, les métamorphoses ascendantes et descendantes se rencontrent tour à tour, tantôt accompagnées de chaleur, produite ou dissimulée, tantôt de mouvements moléculaires qui se laissent difficilement saisir : l'animal et la plante ont une vie commune.' Buffon l'avait dit déjà dans son beau langage : l'animal n'est qu'un végétal doué de sensibilité et de mouvement.

Cette question de l'unité fondamentale de la vie le préoccupait sans cesse, et la solution de ce problème si souvent agité et toujours irrésolu se dégageait peu à peu dans son esprit. Il rêvait une sorte de philosophie générale des êtres organisés, basée sur les propriétés de leurs unités élémentaires, ou pour parler le langage de l'école, de leurs éléments histologiques. Il allait loin dans ses aspirations : « Je pense, disait-il, que nous pourrons produire scientifiquement de nouvelles espèces organisées, de même que nous créons de nouvelles espèces minérales, c'est-à-dire que nous ferons apparaître des formes qui existent virtuellement dans les lois organiques, mais que la nature n'a pas encore réalisées. »

« J'ai dans l'esprit des choses que je veux absolument finir», écrivait-il dans l'année qui a précédé sa mort, et c'est au moment, ou, longtemps agitées dans sa pensée, ces idées nouvelles allaient se coordonner dans une œuvre d'ensemble qu'il a disparu.

(A suivre.)

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le professeur Castan est nommé, pour cinq ans, doyen de la Faculté, en remplacement de M. Benoît, relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé doyen honoraire.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1885, la chaire de clinique externe de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

École de médecine de Poitiers. — M. de La Garde, chargé de cours, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

cuivre; traitée par le sons-nitrate de bismuth et de la sonde caustique, chauffée, elle verdit d'abord, jaunit ensuite et réduit le sons-azotate de bismuth; chauffée et traitée par l'acide chlorhydrique, elle ne change pas de couleur. Nous n'avons pas pu nous procurer une quantite suffisante d'urine, en une seule fois, pour prendre la densité.

La moyenne de deux analyses donne 1 gr. 585 d'urée par litre d'urine; la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures est d'environ 120 grammes.

L'enfant pèse de 3,800 à 4,000 gr., d'où il résulte, en comptes ronds, que la quantité d'urée excrétée est de 0,20 c. en vingt-quatre heures et de 0,05 cent. par kilog. et par vingt-quatre heures.

L'urine ne contient pas d'albumine, pas d'indican, pas d'acide oxalique. Elle contient un corps réducteur de la liqueur de Fehling et du sous-nitrate de bismuth. Quel est ce corps? Il est judicieux de croire que c'est de la lactose ou de la galactose; ces deux corps, en effet, se comportent vis-à-vis des réactifs appropriés comme la glycose, mais la lactose ne se transforme pas en glycose. Il serait difficile d'expliquer la formation du sucre de raisin chez un enfant de cet âge exclusivement nourri avec du lait proveoant du sein d'une bonne nourrice. Notre petit malade est un diabétique d'uoe nature particulière: c'est un *lactosurique*.

Cette observation démontrerait péremptoirement, s'il en était besoin encore, qu'il y a des diabétiques, mais non point un diabète; chacun fait le diabète qu'il peut faire.

Aujourd'hui, vingt-troisième jour de sa naissance, l'enfant commence à digérer convenablement; son poids augmente; l'urine contient sensiblement la même quantité d'urée par litre; elle est neutre, elle ne réduit plus ni la liqueur cupro-potassique, ni le bismuth.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — De l'usage externe du chloral hydraté contre les sueurs nocturnes, par Nicolaï (*Wratch*, 1885, n° 14).

L'auteur a obtenu de très bons résultats dans les cas de sueurs nocturnes des phthisiques, ainsi que des malades non phthisiques, par l'emploi de 8 grammes de chloral hydraté dissous dans deux verres d'un mélange de parties égales d'eau-de-vie et d'eau ordinaire. Tous les soirs, avant de s'endormir, le malade est frictionné au moyen d'une éponge imbibée de cette solution. Si cela ne suffit pas, on met au malade pour la nuit, une chemise imprégnée de la même solution et puis séchée. L'effet du traitement est surtout excellent chez les enfants dont les sueurs nocturnes ne sontpas occasionnées par la phthisie. Quelquefois trois à quatre frictions suffisent pour faire entièrement cesser des sueurs nocturnes qui persistaient pendant plusieurs semaines.

II. La teinture de belladone contre les sueurs nocturnes des phthisiques, par A. Radakow (*Méd. Obosrénié*, 1885, n° 6).

On réussit, d'après Radakow, à supprimer les suenrs nocturnes des phthisiques, si, une ou deux heures au moins avant le début habituel de l'hypersudation, on frictionne le malade avec un mélange de 4 grammes de teinture de belladone et de 30 grammes d'eau. Le liquide est versé au fur et à mesure dans la paume de la main qui frictionne tout le corps du malade, à l'exception de la tête et des extrémités. On continue la manipulation jusqu'à ce que la peau devienne tout à fait humide. Ce traitement, employé par l'auteur dans cinquante cas, *n'a échoué que chez un seul malade*. Quelquefois des sueurs localisées apparaissent seulement aux parties qu n'ont pas été lavées avec la teinture de belladone (tête et extrémités).

III. — L'huile de foie de morue jaune comme remède presque infaillible contre l'héméralopie, par N. Roussanow (*Wratch*, 1885, no 16).

Dans la Russie méridionale, près la petite ville de Novo-khopersk, se trouve, sur un sol très humide, un village dont presque tons les habitants sont frappés chaque printemps d'héméralopie. La maladie se guérit sûrement par l'administration de l'huile de foie de morue jaune (« huile contre la cécité », comme l'appellent les paysans). Souvent il suffit de prendre une demi-livre du remède en deux jours pour se défaire complètement de l'héméralopie; quelquefois il faut répéter la dose. L'auteur, qui exerce déjà depuis cinq ans dans le pays, n'a vu jusqu'à présent que deux cas d'héméralopie, restés rebelles à l'huile de foie de morue.

IV. — La cocaïne dans la pratique infantile, par D. Sémtchénko (*Wratch*, 1885, n° 7).

S... s'est hien trouvé de l'application locale de la cocaïne dans les cas de cas de coryza des nourrissons: introduction dans la cavité nasale, six fois par jour, de deux gouttes d'une solution à 2 % de chlorhydrate de cocaïne. Des enfants qui, auparavant, refusaient obstinément le sein de leur mère, recommençaient à téter déjà quelques minutes après les premières instillations de cocaïne. Le coryza guérit ordinairement après quatre jours de ce traitement. La cocaïne aurait, d'après l'auteur, la même action favorable contre le coryza des adultes.

V. — Le massage profond de l'abdomen dans l'occlusion intestinale, par Kriwiakine (*Protocoles de la Société médicale caucasienne*, n° 14. — *Wratch*, 1885, n° 137.

Kriwiakine relate quatre cas d'occlusion intestinale traités par le massage « profond » du ventre. Dans trois cas, où une constipation absolue existait depuis huit à dix jours, le massage fut suivi de déjections alvines abondantes et de guérison. Le quatrième malade, âgé de 55 ans, était déjà en état de collapsus à la première visite de K... Il y avait constipation absolue depuis douze jours. Sous l'influence du massage et de l'insufflation de gaz dans le rectum, le malade eut une déjection, mais il mourut cinq heures après, par suite de l'épuisement extrême...

VI. — L'oxygène dans l'éclampsie, par V. Favre. (*Wratch*, 1885, n° 13).

On sait que l'oxygène a la propriété d'affaiblir, d'« inhiber » (pour employer une expression à la mode), les réflexes exagérés. Se basant sur ce fait, le professeur Lachkiévitch (de Kharkow) proposa dernièrement d'introduire les inhalations d'oxygène dans la pratique obstétricale pour les employer, par exemple, dans les cas d'éclampsie d'origine réflexe. Deux cas pareils s'étant présentés coup sur coup au docteur V. Favre, ce dernier, suivant le conseil de Lachkiévitch, eut recours aux inhalations d'oxygène et obtint un résultat vraiment brillant chez les deux malades. Nous regrettons que le manque d'es-

pace ne nous permette pas de relater ces deux observations remarquables. L'auteur est convaincu qu'un réservoir rempli d'oxygène sera bientôt considéré dans les maternités et les cliniques obstétricales comme un appareil tout aussi indispensable que le forceps, le cranioclaste et autres instruments de ce genre.

Si nous ne nous trompons pas, les inhalations d'oxygène ont déjà été employées avec succès en France (à Paris) dans les cas de vomissements dite incoercibles de la grossesse (qui peuvent aussi être considérée comme une affection d'origine réflexe).

Dr W. HOLSTEIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS SUR LA PÉRIODE PRÆATAXIQUE DU TABES D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par M. le professeur FOURNIER. (Recueillies par W. Dubreuilh.) — Un volume in-8. G. Masson, Paris, 1885.

Quand le tabes est fait, que la sclérose a envahi et anéanti les cordons postérieurs de la moelle épinière, la lésion est irrémédiable, et nos efforts pour la guérir ou la faire rétrograder demeurent impuissants, car on ne peut guérir ce qui n'existe plus, ni reconstituer un organe disparu. Mais ce tabes, cette sclérose, sont des processus d'évolution plus ou moins lente; en tout cas, ils n'arrivent pas d'emblée à la période adulte de leur formation; ils passent par diverses étapes qui constituent autant de degrés successifs dont la lésion scléreuse est l'ultime aboutissant.

Cette progression est latente et comme mystérieuse; elle s'effectue d'une manière sourde et quelque peu insidieuse, dépistant souvent le flair du clinicien. Et cependant, il y a un intérêt pratique de premier ordre à la connaître dans les plus minutieux détails de son expression, car c'est à cette époque initiale seulement qu'une action curative peut s'exercer.

Le tabes accompli, qu'il soit ou non d'origine syphilitique, ne se modifie pas ou se modifie à peine par la thérapeutique. Pour agir, il faut frapper de bonne heure, alors que les lésions sont à un stade encore inférieur de leur évolution. Pour frapper de bonne heure, il faut être averti à temps du danger; et ce sont ces avertissements que M. le professeur Fournier nous met à même de reconnaître dans son nouveau livre qui vient si heureusement compléter l'étude du tabes spécifique que l'éminent professeur a si remarquablement traitée dans son volume de 1882.

Cette période d'incubation est qualifiée par M. Fournier de « période præataxique ». Très variable, sa durée oscille de trois à six ans. Le caractère essentiel de ses manifestations, c'est le polymorphisme, car elles se composent d'une surprenante quantité de symptômes qui sont si disparates et présentent si peu d'analogie que rien ne paraît les relier dans une parenté commune.

Quand on observe plusieurs de ces malades à leur début dans la maladie, rien ne ferait supposer que ce sont là autant de sujets qui commencent tous la même affection. L'un se plaint de douleurs fulgurantes, l'autre de crises gastriques, un autre d'une paralysie oculaire quelconque. Puis viennent encore comme symptômes initiaux les amblyopies, la faiblesse des jambes, les phénomènes vésicaux, le spasme laryngé, le satyriasis ou la débilité génésique, la surdité, les arthropathies, le mal perforant du pied, la chute des ongles et des dents.

Et tous ces symptômes ne figurent pas avec une fréquence égale dans la période præataxique du tabes : ceux qui doivent être placés au premier rang sont les troubles de la sensibilité générale et d'innervation motrice oculaire.

M. Fournier classifie cependant ces manifestations sous huit ordres principaux : ce sont les tabes à début vésical, génital, cérébral, auriculaire, paraplégique, gastro-intestinal, laryngé, trophique; et dans autant de chapitres, il les étudie en détail.

L'une des formes præataxiques les plus intéressantes est la forme cérébrale qui, jusqu'ici, était restée un peu dans l'ombre et sur laquelle l'auteur communique une riche documentation de faits originaux. Car l'ataxie n'est pas simplement une maladie médullaire, c'est une affection qui intéresse l'axe cérébro-spinal tout entier, et souvent même les symptômes cérébraux préludent aux accidents médullaires et ouvrent la scène. Puis, dans d'autres cas, les symptômes cérébraux et médullaires s'associent à dose égale ou dans des proportions variables de façon à constituer comme un hybride cérébro-spinal.

Ces symptômes sont de plusieurs ordres. Quelquefois ce sont des vertiges qui concentrent sur eux l'attention du malade et du médecin. Dans une autre variété, des ictus congestifs, apoplectiformes, épileptiformes, aphasiques, sont au premier plan, avec des caractères insidieux qui, égarant le diagnostic sur une piste cérébrale, déroutent le clinicien et le font passer à côté du tabes.

Puis ce sont des phénomènes psychiques, à forme clinique variable, tels que l'amnésie, les modifications du caractère, de l'humeur, des habitudes, enfin des troubles intellectuels proprement dits allant de l'asthénie intellectuelle à l'hébétude, à la folie tabétique, à la pseudo-paralysie générale. Les troubles passagers de l'intelligence correspondent aux troubles passagers des mouvements qui sont si communs dans cette période præataxique; ils n'interviennent guère, d'ailleurs, qu'à une échéance plus ou moins éloignée du début réel de la maladie.

Les troubles médullaires d'ordre moteur sont assez fréquents pour que M. Fournier les ait constatés 41 fois sur les 224 cas de sa statistique actuelle. Les hémiplégies figurent en tête de la statistique; elles sont localisées ou totales; mais ce qui les caractérise, c'est le faible degré de la paralysie, leur courte durée, leur curabilité et même leur disparition spontanée.

M. Fournier a rapporté l'histoire d'un malade dont je lui ai communiqué l'observation et qui entra dans le tabes par une paraplégie subite. J'ai eu l'occasion de suivre ce malade depuis la publication du volume que j'analyse, et elle vient si bien confirmer les vues de l'auteur que je n'hésite pas à la compléter. Ce malade, devenu subitement paraplégique pendant une partie de chasse, vit sa paraplégie diminuer et disparaître en peu de temps; quand je fis sa connaissance, trois mois après le début des accidents, il marchait bien, sans incoordination même dans l'obscurité, mais ses réflexes étaient abolis, et il se plaignait d'une sensation de brûlure en urinant, d'un besoin constant de défécation, d'une sensation de constriction autour du bassin, et d'une impuissance génitale absolue. En outre, il avait de l'anesthésie plantaire, des plaques d'anesthésie sur les membres inférieurs et des fourmillements pénibles dans les doigts. Il fut soumis au sirop de Gibert et aux

pointes de feu sur la colonne vertébrale. La plupart des symptômes s'atténuèrent, mais l'impuissance ne s'améliora pas et les réflexes restèrent toujours abolis. Sur ces entrefaites, il fit une saison à La Malou. Quand il revint, il pouvait faire des courses de plusieurs kilomètres, et, n'eussent été les deux derniers symptômes, on eût pu croire sa guérison parfaite.

Il se remit alors à ses travaux, avec d'autant plus d'ardeur que pendant près d'une année, il avait dû cesser ses occupations. Celles-ci l'obligeaient à passer la plus grande partie de ses journées dans un hangar mal abrité et ouvert à tous les vents. On était en novembre : le temps était humide et froid ; et, quelques précautions que prit le sujet, il sortait de son hangar, grelottant de froid et fatigué par la station debout. Un dimanche, comme la température était plus clémente, il voulut aller à la campagne avec quelques amis qui faisaient une partie de chasse, et tout le jour il les suivit sane trop de fatigue, heureux de leur montrer les progrès qu'il avait faits. Mais le lendemain il se sentit faible sur ses jambes ; la droite surtout fléchissait à chaque pas. Deux jours après, il se réveillait avec un ptosis complet de la paupière supérieure droite, et la semaine ne s'était pas écoulée que la paraplégie gagnait les deux jambes.

On revint de suite au traitement spécifique. Le ptosis disparut en huit jours, mais la paraplégie résista davantage, et ce ne fut qu'au bout de trois mois que le malade retrouva l'usage de ses jambes. Encore le retour du mouvement fut-il très lent. Quand il commença à pouvoir marcher à l'aide d'une canne, il faisait quelques pas avec assez d'assurance, puis, tout à coup, il éprouvait la sensation singulière d'avoir mis le pied droit dans un trou sans fond et s'affaissait lourdement sur le parquet. Puis il se relevait, marchait de nouveau et, après un nombre de pas variable, retombait encore avec la même sensation. Celle-ci, plus marquée sur le pied droit, gagnait souvent le pied gauche; toute marche était alors impossible.

Ce n'est qu'en avril, c'est-à-dire cinq mois après le début de cette seconde atteinte de paraplégie, que le malade put marcher vraiment et commencer à faire quelques promenades à pied. Aujourd'hui, il est très amélioré, mais les jambes sont toujours faibles, toute marche un peu longue le fatigue outre mesure. Il a cessé provisoirement son traitement et s'est mis récemment en route pour La Malou.

Cette observation tendrait à démontrer quelle influence des causes occasionnelles telles que la fatigue et le froid peuvent exercer sur la marche et l'évolution des accidents paralytiques du tabes spécifique ; car il est inutile d'ajouter que notre homme était syphilitique. Il avait eu un chancre induré en 1872, et comme les accidents secondaires avaient été très fugaces, on ne fit qu'un traitement insuffisant et de très courte durée. Ce dernier fait vient encore à l'appui de la thèse que soutient M. Fournier.

En résumant les traits principaux du tabes à début cérébral, j'ai simplement voulu donner aux lecteurs un court aperçu des données nouvelles que renferme le livre de M. Fournier. Or toutes les autres variétés sont traitées avec cette originalité de vues et cette précision clinique qui caractérise la méthode de M. Fournier. Et comme sa forme littéraire est d'une clarté et d'une élégance captivantes, on le suit avec un intérêt croissant. Son livre est un de ceux qu'on ne referme qu'après l'avoir lu tout entier.

ALBERT ROBIN.

NOTES & INFORMATIONS

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — MM. les docteurs Neumann, Pasteau, Dreyfous, Ch. Leroux, ont été nommés officiers d'académie, comme professeurs à l'Union des femmes de France. Les palmes académiques leur ont été remises à l'occasion de l'Assemblée générale de cette Société, au succès de laquelle son corps enseignant a si puissamment contribué.

La ville de Paris doit à l'Union des femmes de France la création de cours, comprenant tout ce que doivent savoir une infirmière-ambulancière, une garde-malade, une mère de famille. L'instruction des élèves est complétée par un stage dans les hôpitaux et constatée par deux examens.

Le nombre des arrondissements pourvus de cours a été porté successivement de 5 à 15. La réunion générale des professeurs a décidé de le porter à 18 pour l'exercice 1885-86.

—DISCOURS DE M. HENRI ROGER A L'INAUGURATION DE LA STATUE DE BOUILLAUD. — Nous avons rendu compte, dans un précédent numéro, de l'inauguration de la statue de Bouillaud à Angoulême. Voici le discours prononcé par M. Henri Roger, au nom de l'Académie de médecine, et que l'abondance des matières ne nous a pas encore permis d'insérer. En déléguant M. Henri Roger pour la représenter, l'Académie de médecine savait que le talent de l'orateur qui parlerait en son nom serait à la hauteur du maître illustre dont le bronze allait perpétuer le souvenir et consacrer la gloire.

Au front glorieux de Bouillaud brillait une triple couronne scientifique : il fut membre et président de l'Académie de médecine, professeur et doyen de la Faculté, membre de l'Institut. C'est comme représentant de l'Académie que j'ai l'honneur de prendre la parole dans cette solennité; c'est en son nom que je viens mêler mes louanges à celles de mes collègues. Notre Compagnie, dans sa séance annuelle de 1875, fêtait les noces d'or académiques de Bouillaud et lui décernait une médaille commémorative : c'étaient des arrhes pour l'immortalité; elle s'empresse de tenir en ce jour l'engagement pris, et elle est fière de consacrer avec vous, dans cette splendide inauguration, l'immortalité de celui dont elle s'honora pendant plus d'un demi-siècle.

Bien humbles furent les commencements du futur grand médecin. Fils d'un tuilier de village, recueilli, comme l'avait été Laënnec, par un oncle, ancien chirurgien des armées, le jeune Bouillaud, après d'excellentes études au lycée d'Angoulême, se met en route pour Paris, muni d'un mince pécule et d'une lettre de recommandation pour Percy, le célèbre chirurgien militaire. Dans les lettres écrites à son père, il raconte son désespoir en se voyant isolé dans la grande ville, logé dans une chambrette qu'il trouve bien chère (elle lui coûtait douze francs par mois !) ; il dit ses pérégrinations à la recherche d'un protecteur, sa première visite à l'hôpital Saint-Louis, dans le service chirurgical de Richerand, et, au spectacle d'une opération, sa fuite précipitée. Dans cette même correspondance, il décrit sa laborieuse existence d'étudiant pauvre. Heureuse pauvreté des jeunes ! Si quelquefois elle est la méchante sœur du génie, souvent aussi elle est la mère du succès et de la fortune.

Mais voici que la France subit les douleurs de l'invasion ; à l'exemple de Broussais qui, en 1792, s'était enrôlé à vingt ans comme volontaire, Bouillaud interrompt ses études médicales ; échangeant le costume de l'étudiant contre l'uniforme de housard, il s'engage en 1815 et fait bravement la campagne de Paris. Puis, le guerrier vaincu dépose ses armes et redevient le médecin que chérira la victoire.

Désormais, quel immense labeur, et, d'emblée, quel déploiement de talent ! De quel pas rapide il parcourt la carrière, et, comme

d'un bond, il arrive au but! Reçu docteur en 1823, il publie, dès 1824, le *Traité des maladies du cœur* de Bertin, son maître à l'hôpital Cochin, où l'élève avait sans doute une part léonine. Il est élu à l'Académie de médecine en 1825, c'est-à-dire qu'à vingt-neuf ans, il s'assied dans le fauteuil académique, à un âge où l'on ose à peine se mettre sur le banc des candidats. En 1826, il conquiert avec éclat le titre de professeur agrégé, l'année même où mourait Laënnec, le sublime inventeur de l'auscultation; ainsi, un astre naissant commençait à poindre à la place de l'astre disparu.

Enfin, en 1831, Bouillaud triomphe dans un concours mémorable, et il est nommé à la chaire de clinique médicale, grâce à ses mérites transcendants et grâce à la Révolution de Juillet; à cette date, en effet, s'opère aussi une révolution libérale dans la Faculté de Paris; des professeurs, que la politique en avait exilés, reviennent de par la politique et remplacent à leur tour leurs remplaçants illégitimes; pour les chaires vacantes, le concours est légalement substitué à la nomination directe: le prix devra être au plus digne, et le plus digne cette fois fut incontestablement Bouillaud. A trente-cinq ans, il va occuper, par droit de conquête, la chaire la plus importante, et professer dans cet amphithéâtre de la Charité, déjà célèbre par l'enseignement clinique de Corvisart et de Laënnec.

L'œuvre de Bouillaud, pendant les vingt années qui vont suivre, est considérable; animé du feu sacré, poussé par de saines ambitions, doué d'une incroyable puissance de travail, il se consacre entièrement à la science et à l'art de la médecine. Enseignement clinique qui exige de longues heures à l'hôpital et dans les amphithéâtres; participation assidue aux actes de la Faculté; communications, rapports et discussions à l'Académie; étude immense des ouvrages des médecins anciens et modernes, et, pour se délasser, lecture des chefs-d'œuvres de l'antiquité et des dix-septième et dix-huitième siècles; recherches expérimentales, applications de la physique et de la chimie à la médecine, qui bientôt aura le droit, suivant la prophétie de Bichat, d'être associée aux sciences exactes; composition de mémoires sur la physiologie et sur la philosophie médicale; publication des traités cliniques du *rhumatisme* et des *maladies du cœur*, admirables écrits où Bouillaud égale Laënnec et dépasse Corvisart, que, par une hyperbole intéressée, Dupuytren appelait le dieu de la médecine; tel est l'ensemble grandiose de ses travaux, tel est l'emploi fructueux de ses heures de jour, qu'il doublait souvent par celles de la nuit.

Cette tâche énorme se continue et s'accroît, et pourtant elle semble légère à Bouillaud, puisqu'il y mêle les occupations de la politique. En 1843, il représenta dignement le département de la Charente à la Chambre des députés.

Pendant ce temps, sa renommée s'est étendue, sa situation dans la clientèle a grandi, et sa fortune a monté d'un vol rapide et sûr.

Bouillaud n'était pas seulement un observateur profond et un clinicien consommé, c'était un érudit et un écrivain. Son style varie suivant la matière dont il traite; simple dans ses œuvres médicales, il s'élève dans les sujets philosophiques et s'aiguise dans la controverse. La fréquentation habituelle des auteurs classiques donne parfois à son langage une forme pompeuse que ne comportent pas les matières scientifiques; parfois on a critiqué le tour par trop élégant et littéraire de ses écrits médicaux; c'est le reproche qu'on faisait à Fontenelle, et qu'il est rarement donné aux médecins de mériter. S'il lui arrive en effet d'y répandre trop d'ornements, ne peut-on pas l'excuser, comme Voltaire excusait l'auteur de *la Pluralité des mondes*? « C'étaient de ces moissons abondantes, dans lesquelles les fleurs croissent naturellement avec les épis. »

L'éloquence est la souveraine des âmes. Bouillaud en avait le don inné, qu'il conserva jusque dans la vieillesse; le professeur avait instruit et captivé de nombreuses générations d'étudiants; à l'Académie, l'orateur octogénaire charmait encore et étonnait. Dans les discussions académiques, il n'intervenait que s'il était sûr d'éclairer par sa longue expérience la question en litige, qu'elle fût doctrinale ou pratique; sa parole habile et chaleureuse, bonnête et convaincue, avait alors une autorité décisive.

Bouillaud fut le président acclamé des congrès internationaux qui eurent lieu dans les dernières années de l'Empire, en 1865 à Florence, devenue capitale de l'Italie par les victoires de la France, et en 1867, à Paris, pendant l'exposition universelle. L'éloquence qui convient à ces solennités est plutôt du genre fleuri; la littérature y est permise, les ornements de l'esprit et même les effusions du cœur n'y sont point interdits; ces conditions du programme, Bouillaud sut les remplir aux applaudissements de ses auditeurs, que, dans son discours d'adieu, il appelait « très honorés confrères de France et des nations des Deux-Mondes. »

Orateur attitré de l'Académie et de la Faculté, Bouillaud porte la parole à l'inauguration des statues de Broussais, de Bichat et de Laënnec. Avec quelle hauteur d'éloquence il rappelle leurs titres aux suffrages des contemporains et de la postérité! Avec quelle vivacité de coloris il trace leurs portraits! Ici Bichat, le créateur de l'organicisme, qui, devançant l'avenir, annonce ce que la médecine doit être et ce qu'elle sera à jamais, car il lui donne pour base indestructible l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique; Bichat, qui interroge anxieusement la vie et la mort pour en surprendre les secrets, qui, à l'Hôtel-Dieu, penché sur les mourants et les cadavres, aspire le poison et meurt en pleine expansion de son génie, au milieu de ses conquêtes, à trente et un ans, comme un autre Alexandre. — Là, Broussais, le fougueux réformateur, plus capable de détruire que d'édifier, qui brise les idoles de la vieille médecine et qui, dans l'enivrement du triomphe, leur substitue la sienne propre. — Là encore, Laënnec qui, par l'incomparable découverte de l'auscultation, a doté les praticiens d'un sens de plus, et leur a appris à reconnaître à l'oreille, comme s'ils les voyaient par les yeux, les lésions des poumons ou du cœur, cachées dans les profondeurs de l'organisme.

Bouillaud était à l'apogée; les contradictions qu'il s'était attirées par son mérite précoce avaient diminué, contrairement à l'usage, à mesure que ce mérite croissait; il avait vu cesser les attaques dont il avait été l'objet pour avoir eu (disait-il) « l'impardonnable tort de se frayer des voies nouvelles », attaques qui l'attristaient plus qu'elles ne l'irritaient, mais qu'il ne laissait pas sans riposte. Comme l'anatomiste Ruysch qui mourut presque centenaire, il avait, grâce à sa bonne constitution, survécu aux envieux, et l'envie elle-même s'était tue. Ses découvertes en clinique (et la plus importante, celle de l'*endocardite rhumatismale* et de la *genèse des maladies organiques du cœur par le rhumatisme*), ses découvertes n'étaient plus contestées, et l'on s'étonnait même d'avoir méconnu des choses si évidentes (*tam aperta nescivisse*).

Tous les honneurs accordés aux savants, il avait pu les ambitionner, mais il ne les avait pas sollicités; il les avait conquis ou ils étaient venus à lui; dans la même année, en 1868, il était nommé commandeur de la Légion d'honneur et membre de l'Institut.

Dans les compagnies savantes dont il était la parure, dans les sociétés ou réunions médicales où il apparaissait, Bouillaud était environné de respects, d'admirations, d'amitiés; tous s'accordaient à reconnaître en lui la plus haute personnalité médicale contemporaine. Au premier rang parmi les médecins consultants, il était aussi connu dans les deux mondes qu'autrefois Boerhaave en Europe.

Il avouait sans détour que ces honneurs dont il était chargé, ces hommages qui lui étaient rendus

Chatouillaient de son cœur l'orgueilleuse faiblesse.

Mais il en était plus touché qu'ébloui, et il ne manquait aucune occasion d'en exprimer publiquement sa reconnaissance; il en donna doublement le témoignage à l'Académie de médecine, dans l'année de sa présidence. Dans la séance où il monta au fauteuil et dans celle où il en descendit, il adressa des remerciements à ses collègues dans une allocution charmante d'esprit et de bonne grâce.

Bouillaud, par sa vie toute faite de travail, de fidélité au devoir et de charité humaine, toute pleine de la passion du bien et de celle du beau dans la science et dans les lettres, toute enflammée des plus saintes amours, celles de la famille et de la patrie, Bouillaud, par sa vie resplendissante et utile, sera un éternel exemple.

Et maintenant, aux éloges officiels adressés à une éclatante mémoire, qu'il me soit permis, disciple de Bouillaud, d'ajouter l'expression personnelle de mon attachement et de ma gratitude : à la Faculté comme professeur agrégé, à l'Académie comme collègue, j'ai vécu longtemps près de son esprit et j'en ai admiré la constante grandeur. Dans ces dix dernières années, alors que nous présidions ensemble aux œuvres bienfaisantes de l'Association générale des médecins de France et à nos fêtes confraternelles, j'ai vécu près de son cœur et j'ai vu tout ce qu'il contenait de bonté, tout ce qu'il renfermait de tendresses intimes.

Bouillaud avait le culte des grands hommes, et il fut, ainsi que je le disais tout à l'heure, le panégyriste aussi enthousiaste que sincère de ses illustres prédécesseurs; alors qu'en face de leurs statues il louait dans un magnifique langage leurs hauts faits scientifiques; alors qu'au milieu des applaudissements de la foule il s'échauffait à son propre récit de leurs vertus et s'associait à l'apothéose de ces héros de la science, lui-même dut caresser le rêve doré de l'immortalité et aspirer (pour un avenir aussi lointain que possible) à ces hommages posthumes ; il les méritait sans conteste, ayant enfanté des ouvrages qui assuraient son nom contre l'oubli, ce pâle compagnon de la mort. Le rêve est aujourd'hui une réalité ; grâce à l'initiative de la Société des médecins de la Charente, grâce au concours de souscripteurs empressés ainsi qu'aux libéralités municipales et gouvernementales, Bouillaud obtient la glorification suprême de ses concitoyens et de ses confrères de toute la France.

Ressuscité par un jeune et habile sculpteur, M. Verlet, qui est un enfant d'Angoulême, il revit dans sa ville d'adoption : visible à tous, de la place élevée où se dresse son image, il semble planer sur la cité et la protéger.

Que la petite commune de Brégette, désormais célèbre, s'enorgueillisse d'avoir donné naissance à Bouillaud ; qu'Angoulême salue de ses acclamations le retour du cher absent, et nous, couronnons sa statue de nos respects et de notre admiration. Contemplez son noble visage, sa physionomie sérieuse et douce à la fois : à le regarder quelque temps, ne semble-t-il pas heureux et fier de nos hommages? Debout, la main étendue, ne semble-t-il pas vouloir parler? L'enseignement dernier qu'il donne par son exemple, n'est-ce pas que, dans notre France généreuse, qui est le pays de l'égalité, le plus humble peut, par la volonté, la patience (et avec un grain de génie), s'élever aux sommets et compter, vivant ou même mort, sur la reconnaissance de la patrie.

Oui, ce bronze, vainqueur du temps, signalera aux générations futures la gloire de Bouillaud qui aura rempli presque un siècle; il redira ses œuvres impérissables. La vie des grands morts reste éternellement confiée au souvenir des vivants ; aux illustres médecins qui furent les maîtres de la science et les bienfaiteurs de l'humanité, on peut dire, comme Virgile à ses héros : Immortelle sera votre mémoire.

Nulla dies unquàm memori vos eximet ævo.

— INOCULATION DU CHOLÉRA. — Pendant que M. Domingo Freire multiplie les inoculations de fièvre jaune à Rio-de-Janeiro, M. le docteur Ferran poursuit des expériences analogues pour le choléra en Espagne. Le nombre des inoculations qu'il aurait ainsi pratiquées, en commençant par lui-même et quelques confrères convaincus, ne s'élèverait pas à moins de 900, et, sur ces 900 personnes inoculées, 8 seulement auraient été atteintes par l'épidémie et une seule serait morte.

M. Ferran emploie pour ces inoculations les produits atténués de cultures successives du microbe du choléra, microbe dont il a étudié le développement, et dont le bacille-virgule de Koch ne serait qu'une forme intermédiaire. L'inoculation ne donne lieu le plus souvent qu'à des phénomènes d'irritation locale prompts à se dissiper. On a observé cependant quelques cas d'accidents généraux cholériformes assez intenses. En procédant par une inoculation graduelle, on évite ces accidents qui pourraient devenir graves chez les sujets doués d'une grande réceptivité. Les réinoculations ont démontré l'immunité conférée par les premières inoculations. La statistique signalée plus haut donnerait à ce fait une démonstration nouvelle.

La pratique du docteur Ferran et les résultats annoncés ont provoqué un véritable enthousiasme dans une partie du corps médical et de la presse espagnole. Par contre, le Conseil supérieur de santé de Madrid s'est opposé jusqu'à une nouvelle enquête à ce que les inoculations fussent poursuivies. Cette opposition tiendrait, suivant certains bruits, à des influences extra-scientifiques. On comprend cependant que le Conseil, qui a dans ses attributions la sauvegarde de la santé publique, ne mette pas un enthousiasme irréfléchi à favoriser une méthode prophylactique que les plus fervents disciples de M. Pasteur n'ont pas osé inaugurer en France. Nous croyons nous-même qu'il est sage de surseoir à tout jugement jusqu'après de nouvelles expériences de contrôle et après les résultats de l'enquête prescrits par le Conseil de santé de Madrid.

D'après les dernières nouvelles qui nous arrivent, le docteur Ferran s'est rendu à Madrid, avec ses collaborateurs Gimeno et Pauli, pour défendre sa cause auprès du gouvernement et combattre les influences qui ont interrompu ses recherches. Il a gagné son procès et est reparti pour Valence, après avoir reçu de ses confrères madrilènes de nombreux témoignages d'approbation et d'encouragement. Il reprendra ses inoculations sous le contrôle de la Commission spéciale envoyée par le gouvernement sur le théâtre de l'épidémie.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Josat, chevalier de la Légion d'honneur; — de M. le docteur Noël Guenau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie; — de M. le docteur Calvo (Dominique), inspecteur des eaux minérales de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décision de la Commission scolaire, la date du 8 juin pour les élèves en médecine ajournés à leur examen, a été reportée au 13 juin, en faveur des candidats au cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau régime) qui ont consigné au plus tard le mercredi 19 mai 1835. Ces candidats sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Jamin, professeur de physique, est autorisé à se faire suppléer par M. Bouty, docteur ès sciences.

M. Perrey, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de minéralogie, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 24 AU SAMEDI 30 MAI 1885.

Fièvre typhoïde 20. — Variole 6. — Rougeole 44. — Scarlatine 4. — Coqueluche 9. — Diphtérie, croup 36. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 58. — Phthisie pulmonaire 178. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 51. — Malformation et débilité des âges extrêmes 66. — Bronchite aiguë 21. — Pneumonie 96. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 36. — au sein et mixte 17. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 98. — de l'appareil digestif 43 — de l'appareil génito-urinaire 35. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 11. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 22. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 1,074 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Science et art des accouchements, par le docteur William Thompson Lusk, professeur d'obstétrique, de maladies des femmes et des enfants, à Bellevue-Hospital. Ouvrage traduit sur la dernière édition américaine et annoté par le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, précédée d'une préface par le professeur Pajot, président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, professeur de clinique à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 16 fr. — Paris, Georges Steinhell, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Agenda formulaire des Médecins praticiens, fondé par le docteur A. Bossu, contenant : 1° Nouveau guide du Médecin praticien, par le docteur Audhoui ; 2° Pathologie infantile, par le docteur Descroizilles ; 3° Annuaire médical et pharmaceutique, par le docteur Audhoui, etc. Un vol. in-18. — 35e année, 1885. — Prix broché : 1 fr. 75. — Agenda cahier, recouvert en soie, par trimestre séparé. — Prix : 3 fr. — A la librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La vérité sur le choléra, précautions à prendre pour éviter sûrement le fléau et moyens radicaux pour le guérir, par un ancien médecin de la marine, in-8. — Prix : 50 c. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par le docteur Bérillon, précédé d'une lettre préface du docteur Dumontpallier, in-8. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel memorandum à l'usage de l'Accoucheur et de la Sage-Femme, par le docteur Ernest Lagarde, de Pau (Basses-Pyrénées), ancien élève des Hôpitaux de Paris, de l'Ecole pratique, de l'Ecole centrale des Arts et Manufactures. Un volume in-18. — Prix : 2 fr. 50 — A la librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

TUMEUR DU COU. — SARCOME DE L'ŒSOPHAGE. — Service de M. le professeur A. DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Eloi (de Montpellier).

Messieurs,

Dans les premiers jours de mars, on m'envoya, de la clinique médicale, un homme qui était entré à l'hôpital, se plaignant d'une difficulté de la déglutition. M. Combal, ayant constaté la présence d'une tumeur sur la partie latérale droite du cou, fit passer le malade dans nos salles.

C'était un homme de 49 ans, cultivateur, assez bien constitué, médiocrement intelligent.

Il nous dit que depuis quatre ou cinq mois, sans cause connue, il avait commencé à éprouver de la gêne à avaler ; cette gêne s'était peu à peu accrue au point qu'il ne pouvait guère prendre que des aliments liquides. Il déclarait n'avoir jamais eu la syphilis et n'en portait en effet aucune trace ; jamais il n'avait ingéré de liquide corrosif.

En l'examinant, je constatai sur la région latérale droite du cou, à la partie inférieure, la présence d'une tumeur dont la portion perceptible au toucher avait le volume d'un gros œuf de poule. Elle était assez exactement arrondie, descendait en bas en arrière de la clavicule, et s'engageait en dedans sous le sterno-cléido-mastoïdien, sans qu'il fût possible de préciser ses limites en bas, ni en dedans. On sentait les battements normaux de la carotide primitive. La tumeur était dure, non adhérente à la peau, qui présentait à ce niveau sa coloration ordinaire. En cherchant à imprimer des mouvements à la tumeur, on pouvait reconnaître qu'elle ne jouissait que d'une très légère mobilité. Rien de particulier du côté de la mobilité, ni de la sensibilité du bras droit.

Le cathétérisme œsophagien, pratiqué avec la plus volumineuse des olives en ivoire de la série de Charrière, permettait de constater, à un certain niveau, la présence d'un obstacle que l'on franchissait du reste assez facilement. En retirant l'instrument introduit plus avant, on éprouvait un peu de difficulté dans le même point, et ce point correspondait à la partie inférieure du cou, au niveau de la tumeur.

J'avoue que le cas me parut fort embarrassant.

Quelle était la nature de cette tumeur ? Était-elle libre ? implantée sur un os ? Pénétrait-elle dans la cavité thoracique ?

Fallait-il rapporter la gêne de la déglutition à une compression exercée sur l'œsophage par un prolongement de la tumeur, ou devait-on invoquer une autre cause ?

La consistance de la tumeur permettait d'hésiter entre un chondrome, un fibrome et un sarcome, diagnostic peu important, j'en conviens, au point de vue des indications. Mais il

FEUILLETON

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD, par M. BÉCLARD, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Suite et fin. — Voir les numéros 21, 22 et 23.

Alors même que Claude Bernard se complaît dans les hautes régions de la physiologie, le médecin ne perd pas de vue les applications utiles. Tandis qu'il exposait dans ses leçons du Muséum les propriétés des tissus vivants, il publiait sa Pathologie expérimentale. Peu d'années auparavant avait paru l'une de ses œuvres les plus complètes et les plus réfléchies, l'introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

Constamment forcée d'agir, la médecine a tenté d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme ; elle en a tiré de précieux enseignements, et tout un ensemble coordonné de vérités lentement et péniblement acquises. Mais si l'empirisme, c'est-à-dire l'expérience fortuite, a été, à l'origine, la première période de toutes les sciences, elle ne saurait être un état permanent dans aucune d'elles. Par la marche naturelle de son évolution, la médecine est entrée dans la voie des tentatives voulues et réfléchies, et l'expérimentation, c'est-à-dire l'observation provoquée, est devenue pour elle, comme pour les autres sciences, une source inépuisable de connaissances. Nous n'en voulons d'autre preuve que la réforme qui s'accomplit en ce moment sur tous les points de l'Europe savante dans nos méthodes et dans notre enseignement. Il faut le dire et le proclamer bien haut, c'est le livre dont nous parlons, publié il y a aujourd'hui vingt ans, qui a imprimé ce mouvement. Partant de ce principe qu'on ne connaît bien les conditions d'un phénomène biologique qu'en devenant capable de le produire, Claude Bernard a transporté en pathologie le problème des maladies artificiellement provoquées.

On a longtemps considéré l'être vivant comme quelque chose d'essentiellement variable ; on a cru, on l'a même écrit, qu'il était affranchi de toute loi, qu'il n'obéissait à aucune règle. « La loi de la vie, disait un membre de cette Académie, dont la voix a souvent retenti dans cette enceinte, c'est précisément qu'elle n'a pas de

était bien autrement important d'arriver à déterminer ses connexions. Après des examens réitérés, je pensai que probablement la tumeur ne pénétrait pas dans le thorax, mais qu'elle adhérait à l'apophyse transverse d'une vertèbre cervicale. Voyant que l'obstacle à l'introduction de la boule œsophagienne siégeait au niveau de la tumeur, que le malade n'était pas syphilitique, qu'il n'avait jamais avalé aucun de ces liquides corrosifs dont l'ingestion provoque des rétrécissements œsophagiens, je supposai que quelque prolongement interne de la tumeur arrivait en contact avec l'œsophage et comprimait suffisamment ce conduit pour gêner et empêcher le passage du bol alimentaire, sans opposer cependant un obstacle sérieux au cathétérisme.

Le diagnostic, on le voit, était pour moi très douteux, et je ne jugeai pas à propos d'entreprendre sur des données aussi incertaines l'extirpation d'une tumeur qui devait tout au moins comprimer des vaisseaux tels que la carotide primitive, la sous-clavière, la jugulaire interne, les nerfs du plexus brachial, etc. Je préférai m'abstenir, et je me contentai de prescrire au malade un traitement par l'iodure de potassium.

Mais cet homme ne tarda pas à me prier avec instance de l'opérer. Il ne pouvait plus avaler, me disait-il, et sa mort serait prochaine, si on ne l'opérait pas.

Je songeai un instant à le nourrir avec la sonde œsophagienne ou à pratiquer la gastrotomie, mais ce n'étaient là que des ressources bien précaires, et je me décidai à entreprendre l'extirpation de la tumeur.

Mon plan opératoire était le suivant : diviser la peau avec le thermo-cautère et puis énucléer la tumeur avec le doigt ou la spatule ; si je trouvais un point d'implantation sur un os, sur le sommet d'une apophyse transverse, séparer la tumeur en l'arrachant ou au besoin avec un grattoir.

L'incision qui me parut devoir donner le plus de jour fut une incision semi-lunaire dont le milieu correspondait à la clavicule immédiatement en dehors de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien, et dont un côté remontait le long du bord externe de ce muscle, tandis que l'autre longeait le bord postérieur de la clavicule.

Toutes les précautions antiseptiques avaient été prises. Voyant que j'avais à diviser la jugulaire externe qui était bifurquée à sa partie inférieure, je pratiquai préalablement une ligature médiate des deux troncs à l'aide d'une aiguille courbe munie d'un fil que je passai séparément au-dessous de chaque veine. Les fils furent serrés sur la peau. La section de la peau au thermo-cautère eut lieu sans aucune effusion sanguine. Je disséquai le lambeau, toujours avec le thermo-cautère, et lorsqu'il fut suffisamment détaché pour qu'on put le relever, je le fis maintenir par un aide, et je commençai à isoler la tumeur avec l'index de la main droite. Arrivé au niveau de la partie interne, je m'aperçus que de ce côté il s'écoulait une quantité considérable de sang veineux ; j'interrompis l'énucléation et je comprimai avec les doigts le point d'où me paraissait provenir l'hémorrhagie et qui n'était pas complétement découvert. Ne sachant pas trop quelle veine j'avais intéressée, jugeant que la compression constituerait une mesure inefficace, et craignant d'autre part que cette ouverture veineuse ne permît l'introduction de l'air dans le torrent circulatoire, je résolus de mettre à découvert le point d'où provenait l'écoulement sanguin. Pour cela, m'armant de nouveau du thermo-cautère, je pratiquai une incision transversale longeant l'extrémité interne de la clavicule qu'elle dépassait un peu en dedans et aboutissant au dehors à l'incision primitive. Après avoir divisé la peau, je sectionnai successivement les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien, et ceux-ci relevés, je m'aperçus qu'en cherchant à énucléer la tumeur avec le doigt, j'avais entamé la jugulaire interne qui, par sa partie externe, adhérait à cette dernière dans l'étendue d'un centimètre environ. Je liai alors les deux bouts du vaisseau divisé, mais il me parut téméraire d'aller plus avant dans ma tentative d'extirpation de la tumeur, et je fis reporter le malade dans son lit, après avoir détaché une parcelle du néoplasme pour le soumettre à l'analyse microscopique.

L'examen microscopique nous montra qu'il s'agissait d'un sarcome.

L'opération avait été pratiquée le 21 mars.

Je me proposai d'attaquer la tumeur avec des flèches de Canquoin, mais, le 28 mars, le malade succomba après avoir présenté des accidents de septicémie.

A l'autopsie, nous avons constaté que la tumeur en question était constituée par un ganglion lymphatique dégénéré. Elle ne tenait à aucun os ; la jugulaire interne était la seule veine avec laquelle elle eût contracté des adhérences. Nous ne trouvâmes ni artère, ni nerf englobés dans ce ganglion, qui n'arrivait pas jusqu'à l'œsophage. Immédiatement en contact avec

---

loi » (1). Mais, si on pouvait dire que demain le phénomène d'aujourd'hui ne sera plus le même, s'il était possible de croire qu'une propriété constatée dans un être vivant ne se montrera plus demain, la physiologie serait-elle une science digne de ce nom ? C'est ainsi que Claude Bernard s'est trouvé conduit à formuler les règles de ce qu'il appelle le déterminisme des actes physiologiques, et comment il a fait de cette méthode de recherches le lien de toutes ses conceptions scientifiques.

« On entend des médecins, dit Claude Bernard, qui raisonnent comme si les exceptions étaient nécessaires ; ils semblent croire qu'il existe une puissance qui peut arbitrairement empêcher que les choses se passent toujours de la même manière, de sorte que les exceptions seraient les conséquences de cette puissance mystérieuse. L'exception est un terme antiscientifique ; ce qu'on appelle ainsi n'est qu'un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues. Si ces conditions étaient connues et déterminées, il n'y aurait point d'exception, pas plus en médecine que dans toute autre science. »

(1) M. Gerdy.

Cet axiome que les mêmes causes, dans les mêmes circonstances, produisent toujours les mêmes effets, il s'applique à démontrer qu'il est d'une égale évidence dans l'ordre des sciences physiques et dans l'ordre des sciences biologiques. Tout phénomène vital, de même que tout phénomène physique, est invariablement déterminé par les conditions qui lui permettent ou l'empêchent d'apparaître. Le véritable objet de la science consiste donc à acquérir la connaissance de ces conditions, à la fois déterminantes et invariables, à l'aide desquelles un phénomène se réalise nécessairement et sans lesquelles il ne se produirait pas, et ces conditions étant celles de la certitude scientifique, la philosophie de la méthode expérimentale peut se résumer d'un mot : le déterminisme.

Un jour, Claude Bernard discutait avec M. Magendie sur le suc pancréatique. « La matière organique de ce liquide est de l'albumine, car il se coagule par la chaleur, disait Magendie. Ce liquide se coagule par la chaleur, disait Bernard, mais la matière organique qu'il contient n'est pas de l'albumine, elle a d'autres caractères et mérite un nom particulier. » M. Magendie ne tarda pas à se rendre. « Je conviens que j'ai tort, dit-il ; si j'avais dit simplement, le suc pancréatique est un liquide coagulable par la chaleur,

la partie latérale de l'œsophage et s'engageant un peu entre ce conduit et la face antérieure du rachis, je trouvai deux autres petites tumeurs, l'une à droite, l'autre à gauche, qui me parurent être aussi des ganglions lymphatiques. L'œsophage ne présentait rien d'anormal à l'extérieur, mais, en le fendant, je trouvai qu'an niveau du tiers moyen la muqueuse était en très grande partie détruite par trois larges ulcérations. Dans les rares parties où la muqueuse de ce tiers moyen était intacte, elle était soulevée par un semis de petites tumeurs blanc-jaunâtres, dont la plus volumineuse était un peu plus grosse qu'une lentille.

Rien de particulier dans les viscères, si ce n'est de l'hypérémie des reins.

L'examen microscopique des petites tumeurs œsophagiennes a permis de constater que c'étaient des sarcomes, comme la tumeur cervicale.

De l'exposé que je viens de vous faire résulte, entr'autres choses, ce fait que mon intervention, en supposant que j'eusse réussi à extirper la tumeur, aurait été inutile. L'obstacle à la déglutition était constitué par la lésion de l'œsophage et nullement par la tumeur en question qui n'arrivait pas au contact de ce conduit.

Nous avons pu vérifier une fois de plus ce point d'anatomie pathologique, du reste parfaitement établi, à savoir que les parois veineuses se laissent facilement entamer par les tumeurs ambiantes, qui finissent ainsi par faire saillie dans le calibre du vaisseau.

Laissez-moi, en terminant, vous faire observer que si, au point de vue moral, je n'ai pas grand reproche à me faire, car je n'ai hâté que de peu de temps la mort du malade, il n'en est peut-être pas de même au point de vue chirurgical. J'ai entrepris, sans un diagnostic suffisamment précis, une opération dangereuse et je n'ai pas pu la terminer. Mais ce qui me console et me rassure, c'est que bien souvent nous lisons dans les recueils périodiques des faits analogues, surtout à propos des tumeurs de l'abdomen.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Fracture spontanée au début du tabes. — Consolidation régulière des fragments, par M. Dutil, interne des Hôpitaux.

La nommée Hortense D..., domestique, est entrée le 27 juillet 1885, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Desprès.

Elle est âgée de 50 ans.

Ses *antécédents héréditaires* n'offrent rien de particulier.

Son père est mort à 54 ans, frappé, dit-elle, en pleine santé d'une attaque d'apoplexie. Il n'avait pas d'habitudes alcooliques.

Sa mère est morte à 84 ans. Elle n'avait jamais été sujette à aucune crise de nerfs.

Elle a quatre frères et deux sœurs vivant en bonne santé. En l'interrogeant soigneusement sur ses ascendants, on ne trouve, dans sa famille, ni aliénation mentale, ni épilepsie, ni hystérie, ni aucun autre état névropathique.

Antécédents personnels. — D... a toujours joui d'une parfaite santé. Aucune trace de rachitisme ni de scrofule dans son enfance. Pas de rhumatisme; une rougeole à 8 ans, et c'est tout.

Elle n'est pas syphilitique.

Elle entre à l'hôpital pour une fracture du radius, et c'est là, suivant son expression, sa première maladie.

Voici dans quelles circonstances cette fracture s'est produite.

Le 29 juillet, D... avait passé l'après-midi à faire le ménage de ses maîtres. Elle avait balayé l'appartement, secoué les tapis, etc., toutes besognes n'exigeant pas de grands efforts musculaires. Elle avait eu seulement beaucoup de peine à soulever un lit, pour glisser un tapis entre le lit et le parquet.

Elle affirme de la façon la plus catégorique qu'elle n'avait fait aucune chute, aucun faux pas; qu'elle ne s'était heurtée à aucun meuble, et qu'elle n'éprouvait ni douleur, ni engourdissement dans son bras droit lorsque, son travail fini, elle se disposa à rentrer chez elle. Elle monta dans une voiture publique, portant à la main droite un panier assez lourdement chargé. Durant le trajet, elle fut prise d'une douleur vive, lancinante, siégeant le long du bord externe de l'avant-bras droit. Ces élancements douloureux s'accompagnaient d'un engourdissement de la main, tel qu'elle fut obligée de porter son panier de la main gauche.

En arrivant chez elle, D... examina son avant-bras et le trouva légèrement gonflé, rouge et douloureux un peu au-dessous de sa partie moyenne. Comme elle éprouvait en même temps des picotements au côté droit du front, elle s'approcha d'une glace et con-

je serais inattaquable. » Claude Bernard aimait à rappeler ce souvenir.

Le déterminisme a fait beaucoup de bruit, il en fait encore. L'expression pourtant n'est pas nouvelle, non qu'elle appartienne à Leibnitz, comme on l'a dit, mais on la rencontre souvent dans les successeurs de Kant, avec une signification toutefois qui n'est pas la même, ainsi que l'a si justement fait observer M. Dechambre. Claude Bernard, avec la netteté de l'esprit français, écarte les causes éloignées plus ou moins saisissables, et tout cet entraînement des causes intermédiaires au milieu desquelles il est si facile de se perdre, pour s'attacher à la cause déterminante seule, à la cause vraiment prochaine, de telle sorte que le phénomène qui est cause et le phénomène causé se trouvent dans une dépendance immédiate et nécessaire l'un de l'autre.

Cette doctrine, sur laquelle il s'est complaisamment étendu dans ses livres et dans son enseignement, Claude Bernard s'est toujours efforcé de lui conserver le caractère d'une méthode circonscrite dans la sphère des réalités tangibles. A diverses reprises, il s'est défendu d'avoir voulu donner plus d'étendue à sa pensée et d'avoir cherché, en transportant sa méthode dans le domaine de la conscience, à lui imprimer les allures d'une doctrine philosophique complète. Claude Bernard sentait bien que, poussé dans ses conséquences logiques, le déterminisme des philosophes se heurte inévitablement au problème de la liberté pour verser dans le fatalisme.

Il en est, il est vrai, qui voudraient faire de la psychologie un simple chapitre de la physiologie, mais leur démonstration n'est pas faite. En substituant la méthode expérimentale à la méditation solitaire et personnelle, a-t-on changé le fond des choses? évidemment non. L'un des représentants les plus éminents de l'école philosophique anglaise de nos jours, M. Herbert Spencer, qui a tenté, chacun le sait, de faire rentrer la physiologie dans la psychologie, reconnaît lui-même qu'il y a deux psychologies; l'objective, c'est-à-dire la physiologie nerveuse, et la subjective, ou la psychologie des philosophes; et il ajoute, je me sers de ses propres expressions: « cette dernière est radicalement distincte du sujet de la biologie. » Nul, en effet, n'a encore découvert le lien qui rattache la sensibilité à la volonté, et le jour où l'on pénétrerait le mystère de cette transformation serait, sans contredit, l'un des plus grands dans l'histoire de l'esprit humain.

stata avec étonnement l'existence d'une plaque noirâtre, de l'étendue d'une pièce de 5 francs, siégeant à la tempe droite. C'était une ecchymose.

Dans la nuit, le gonflement de l'avant-bras prit des proportions plus considérables. L'engourdissement que la malade éprouvait la veille avait fait place, le lendemain, à une incapacité fonctionnelle, non pas absolue mais assez marquée, bien qu'elle pût encore se peigner et s'habiller, en s'aidant de la main droite.

Un pharmacien fut consulté. Après plusieurs applications de pommades fondantes, le gonflement, la douleur et la gène fonctionnelle persistant, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel (19 juillet). — Nous constatâmes : 1o Une *fracture du radius droit* Cette fracture siégeait à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os, bien au-delà par conséquent du lieu d'élection des fractures de l'extrémité inférieure du radius. La main ne présentait nullement la déformation habituelle en dos de fourchette, elle n'était pas non plus déviée en dehors ; le poignet, que la malade soutenait de sa main gauche, était légèrement fléchi et incliné vers le bord cubital de l'avant-bras.

Le gonflement était modéré. La peau, au niveau de la fracture, avait sa coloration normale. Mais il y avait sur la moitié inférieure du bord cubital de l'avant-bras une large ecchymose sous-cutanée. En aucun point de l'avant bras ni de la main, on n'apercevait ni éraillure ni plaie du tégument.

En mobilisant les deux fragments, on produisait une crépitation bien nette.

2o Une *ecchymose* à la tempe droite.

3o *Deux* autres *ecchymoses symétriquement placées* sur les faces externes des genoux et dont la malade ignorait l'existence.

A nos doutes et à nos questions, la malade a toujours nettement répondu que « tout cela était venu tout seul », qu'elle n'avait pas fait de chûte ni reçu de coup, qu'ailleurs elle n'avait aucun intérêt ni aucun motif à ne pas dire la vérité. Renseignements pris auprès de ses maîtres et des gens de son entourage, nous nous sommes assurés qu'elle ne s'était jamais adonnée aux boissons alcooliques, qu'elle n'était sujette à aucune crise de nerfs (épilepsie), qu'elle menait en somme une existence rangée et fort régulière. Comme enfin cette femme avait passé l'âge où les femmes commettent parfois le mensonge gratuit, nous avons conclu que fracture et ecchymoses étaient bien *spontanées*.

D... n'avait jamais éprouvé avant cet accident aucun trouble de la sensibilité, tels que : fourmillements, douleurs fulgurantes, plaques d'hyperesthésie, sensation d'ouate sous les pieds; pas de diplopie, pas de troubles urinaires, pas de douleurs gastriques, aucun enfin des symptômes précurseurs du tabes confirmé.

En l'examinant quotidiennement nous trouvâmes :

1o Une inégalité pupillaire très prononcée.

2o La disparition du reflexe pupillaire sous l'influence de la lumière et sa persistance dans l'accommodation (signe d'Argyl Robertson):

3o Une abolition complète des reflexes rotuliens.

4o Un peu d'hésitation dans la marche les yeux fermés.

La fracture fut maintenue à l'aide de l'appareil de Nélaton. La consolidation se fit sans retard aucun : quinze jours après, l'appareil de Nélaton était remplacé par un manchon silicaté.

Le 12 août, la malade se plaignit de fourmillements insupportables dans le pouce de la main droite ; les jours suivants, ces fourmillements persistèrent et s'étendirent au bord externe de la face dorsale de la main droite (zône du nerf radial); puis la malade accusa à ce niveau de véritables douleurs, qu'elle comparait à des coups d'aiguilles.

Le 22 août on enleva l'appareil silicaté, la malade étant envoyée en convalescence à Vincennes.

Le col était solide, ni difforme ni exubérant. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutaient bien. Mais les douleurs lancinantes se montraient toujours tenaces, tourmentant la malade jour et nuit.

Quinze jours après, nous revîmes la malade à son retour de Vincennes. Les douleurs dans la sphère du nerf radial droit persistaient toujours; en outre, la malade accusait des fourmillements sur le dos de la main gauche Elle quitta l'hôpital et ne s'est plus présentée depuis à notre examen.

RÉFLEXIONS. — De l'interrogatoire que nous avons fait subir à cette malade, et de l'enquête minutieuse à laquelle nous nous sommes livrés sur ses antécédents et son « état actuel », il nous a paru ressortir clairement qu'il s'agissait bien dans le cas particulier d'une fracture *spontanée*, survenue chez une *tabétique* encore au début de son affection.

Depuis que M. le professeur Charcot signala pour la première fois au cours de l'ataxie locomotrice les fractures spontanées (Soc. ANAT., 1873), de nombreuses observations ont été publiées, et la relation du tabes et de ces fractures n'est plus en question aujourd'hui. L'intérêt du fait que nous venons de rapporter nous semble résider principalement dans l'apparition d'une fracture spontanée au debut, au *seuil* même de l'ataxie. Dans les cas de ce genre, le tabes demande à être méthodiquement recherché; faute d'une enquête sérieuse, il passe souvent inaperçu et la fracture spontanée est mise sur le compte de la syphilis, du cancer, d'une ostéo—

Au point de départ de toutes les sciences, on rencontre certaines propositions qui, pour n avoir jamais été démontrées, n'en sont pas moins le fondement nécessaire. Les vérités de l'ordre mathématique supposent un petit nombre d'affirmations premières ou d'axiomes irréductibles, et, dans le monde physique lui-même, l'admirable ensemble des lois naturelles repose tout entier sur les vibrations invisibles d'une insaisissable matière.

De même, dans la fière et aventureuse poursuite de l'esprit humain à la recherche des vérités premieres, ce qu'on appelle dans le langage de l'école, les postulats d'Aristote, sont et resteront le fond même de la métaphysique. Il est de faciles esprits qui font le tour des choses et qui croient ainsi les connaître, mais, il faut bien en convenir, un mouvement n'est rien de plus que quelque chose qui se meut, et ce quelque chose, nous ne pouvons l'atteindre.

Si Claude Bernard se meut avec confiance dans ce domaine du relatif dont la raison humaine a tracé elle-même les limites, il ne s'aventure guère hors de ses frontières. Non qu'il soit indifférent pour tout ce que n'atteint pas l'expérimentation, mais parce qu'il l'a dit lui-même, « les questions de cet ordre n'ont pas de place en physiologie. »

C'est parce qu'il ne s'engage pas volontiers sur le terrain de la spéculation pure; qu'on l'a quelquefois classé parmi les disciples, chaque jour moins nombreux, de cette philosophie indifférente, qui ignore volontairement tout ce qui n'est susceptible ni de constatation ni de mesure. Mais, à moins de nier résolument tout ce qu'on ne peut ni voir ni toucher, ce qu'ont toujours évité de faire les adeptes les plus qualifiés du positivisme, il faut bien admettre un domaine réservé, inaccessible aux méthodes expérimentales des sciences objectives. Le savant est semblable au navigateur : à mesure qu'il avance à la recherche de l'inconnu, l'impénétrable horizon se reforme sans cesse devant lui. Sans doute, on peut déclarer inaccessible toute autre réalité que la réalité sensible, mais c'est en vain qu'on prétend imposer pour limites à l'ensemble des choses les servitudes de notre sensibilité. Si personne n'a vu le pur esprit, personne non plus n'a vu la pure matière. « Il importe, a dit Claude Bernard, de séparer la physiologie des grands problèmes qui tourmentent l'esprit humain; leur étude relève de méthodes absolument différentes » ; et sur un fragment manuscrit

myélite suivant les antécédents du malade, le siége et l'aspect du foyer extérieur de la fracture.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
ET DE PHARMACOLOGIE

Médicaments nouveaux

I. SUR L'EMPLOI DE LA TERPINE EN THÉRAPEUTIQUE, par le professeur R. LÉPINE, de Lyon (1). — DES NOUVELLES MÉDICATIONS PULMONAIRES (TERPINE ET TERPINOL), par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ (2). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TERPINE ET DU TERPINOL, par le docteur G. GUELPA (3). — II. ACTION DE LA CASCARA SAGRADA SUR LA SÉCRÉTION DES SUCS DIGESTIFS, par M. TSCHELZOFF (4). — III. ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA GRINDELIA ROBUSTA SUR LE CŒUR ET LA CIRCULATION, par le docteur DOBROKLONSKY (5).

I. Distillée en présence d'un alcali, la térébenthine donne naissance à un hydrocarbure, $C^{10}H^{16}$, connu sous le nom de térébenthène. Celle-ci, en s'hydratant, constitue le bi-hydrate de térébenthine ou terpine dont la formule est $C^{10}H^{16}, 2H^2O + H^2O$. La terpine est solide à la température ordinaire; sa forme est cristalline, sa couleur blanche. Une partie de terpine exige, pour se dissoudre, 200 parties d'eau froide, 22 parties d'eau bouillante, 7 parties d'alcool. Elle est très soluble dans l'éther et dans les huiles grasses. Sa saveur est désagréable, légèrement nauséeuse; le phénomène est un peu plus marqué quand la terpine est administrée en solution.

Le professeur Lépine (de Lyon) a eu l'idée de faire servir la terpine à des applications thérapeutiques. Voici en substance les résultats qu'il a obtenus :

D'une manière générale, dit M. Lépine, la terpine a une action assez analogue à l'essence de téréhenthine, mais plus active. A la dose de 20 à 40 centigrammes, elle augmente la sécrétion bronchique et la fluidifie de façon à rendre l'expectoration plus facile dans les cas de broncbite subaiguë et chronique. Cet effet de la terpine a été très apprécié des malades, au nombre d'une cinquantaine, sur lesquels le médecin de Lyon a expérimenté.

A la dose de 20 à 60 centigrammes, la terpine agit comme diurétique; elle modifie avantageusement la sécrétion urinaire quand celle-ci est diminuée. A ce titre, le médicament a été très avantageusement administré dans plusieurs cas de néphrite chronique. Comme, d'antre part, à doses peu élevées, la terpine développe chez les chiens de l'albuminurie et de l'hématurie, la prudence commande de ne pas dépasser chez les brightiques la dose quotidienne de 1/2 gramme. M. Lépine ajoute que chez les individus sains, le médicament administré à la dose de 1 gr. 50 n'a déterminé ni albuminurie ni hématurie.

Sur le système nerveux, la terpine, à la dose de 1 gramme, produit les mêmes effets que plusieurs grammes de téréhenthine, et M. Lépine a obtenu avec le nouveau médicament la guérison de névralgies, voire que la médication paraît avoir procuré de l'amendement dans un cas d'hystéro-épilepsie.

M. Lépine a résumé son appréciation sur le nouveau médicament dans les termes suivants : La terpine est préférable, dans la plupart des cas, à l'essence de térébenthine; c'est un excellent diurétique *vrai*, c'est-à-dire agissant sur l'épithélium rénal. C'est aussi un modificateur fort utile de l'épithélium bronchique, qui augmente ou diminue la sécrétion de l'épithélium glandulaire, suivant la dose employée.

M. Dujardin-Beaumetz et son élève, M. Guelpa, qui ont contrôlé les observations de M. Lépine, sont arrivés à des résultats différents. La terpine administrée jusqu'à la dose de 3 gr. par jour n'a pas produit d'effet diurétique appréciable, pas plus chez l'homme sain que chez les malades (entre autres dans un cas de polyurie non diabétique); l'action du médicament sur les voies respiratoires a été trouvé tout aussi négative. Voici d'ailleurs les conclusions tirées par M. Guelpa des résultats des observations faites dans le service de M. Dujardin-Beaumetz :

La terpine, même à très forte dose, n'a aucune action sur l'appareil respiratoire; elle ne modifie la sécrétion urinaire que lorsqu'on l'administre à des doses de 2 et 3 grammes. On

(1) REVUE DE MÉDECINE, février 1885, n° 2.
(2) BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 15 avril 1885, p. 297 et suiv.
(3) Ibidem, 30 avril 1885, p. 341.
(4) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WISSENSCHAFTEN, 1885, n° XVII.
(5) Ibidem, n° XIX.

écrit de sa main, nous lisons encore : « La science ne saurait rien supprimer; le sentiment n'abdiquera jamais : il sera toujours le premier moteur des actes humains. »

A notre tour, nous dirons : L'intervention du surnaturel dans l'ordre si admirablement réglé des réalités tangibles n'est qu'une conception primitive et provisoire qui disparaît peu à peu à mesure que l'humanité s'instruit et s'éclaire. Quant à l'idéal, qu'il ne faut pas confondre avec le surnaturel, il n'a de place nulle part dans la nature, et cependant il gouverne le monde : il est l'infiniment grand et l'infiniment petit, aussi insondable l'un que l'autre; il est l'infini de la durée, que nous ne pouvons concevoir qu'en l'ajustant à la mesure de notre vie, et à la longueur de nos jours; il est le sentiment de la mesure, de la proportion et de l'harmonie, c'est lui qui inspire les chefs-d'œuvre de l'art; il est l'amour, cet immortel magicien, qui égare aussi bien la raison du philosophe que l'imagination du poète; il est ce que la nature humaine comprend, sent, admire et aime par-dessus tout, il est le dévouement et le sacrifice; c'est par l'idéal que notre espèce s'élève au-dessus de l'ensemble des êtres qui l'entourent, hiérarchie farouche et sans pitié, où la lutte pour la vie ne désarme jamais, aristocratie sauvage qui ne reconnaît d'autre loi que la force.

La meilleure part de son existence, Claude Bernard l'a passée dans son laboratoire, dans l'intimité de ses élèves et de ses amis. Sa vie intérieure est restée cachée à tous les yeux; mais on a pu deviner qu'elle avait été traversée par des épreuves morales, et qu'à ses souffrances physiques sont venues s'ajouter plus d'une fois des préoccupations douloureuses.

Claude Bernard portait sur son visage ce reflet particulier que donne le travail constant de la pensée. La maladie grave qu'il avait traversée avait encore accentué la sévérité de ses traits. Dans les habitudes ordinaires de la vie, il se montrait le plus facile et le plus bienveillant des hommes. Les jouissances vulgaires ne l'ont jamais tenté; il n'a point connu cette maladie du siècle qui fait tant de victimes. Celui qui remplissait le monde de son nom menait l'existence la plus modeste et presque la plus étroite; son ambition était plus haute : il avait la passion de la gloire.

Vers la fin de l'été de l'année 1877, il avait commencé à Saint-Julien une première série de recherches sur les fermentations; à son retour il les avait continuées quelque temps au Collège de

observe alors un certain degré de phosphaturie attribuable au trouble des fonctions digestives occasionné par le médicament. Ce trouble provient de l'indigestibilité de la terpine. Sur le système nerveux, la terpine n'agit qu'à doses assez élevées (2 à 3 grammes et plus) en produisant du météorisme.

Le terpinol ($C^{10}H^{16}$) $2H^2O$ qu'on obtient en faisant agir sur la terpine de l'acide sulfhydrique ou de l'acide chlorhydrique, est doué de propriétés physiologiques et thérapeutiques plus tranchées. D'après les expériences faites par lui dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, M. Guelpa conclut de ses observations, qu'il se plait d'ailleurs à qualifier de fort incomplètes : que le terpinol, comme la terpine, est un médicament absolument inoffensif, sans action sur les organes génito-urinaires, qui s'élimine presque exclusivement par les voies respiratoires. A ce titre, il rend des services dans le traitement des affections des bronches ; en fluidifiant la sécrétion bronchique, il rend l'expectoration et la toux plus faciles.

Voici la formule donnée par M. Tanret, pour la préparation de pilules au terpinol :

Rec. Terpinol. . . . . } ãã 1 gramme.
Benzoate de soude . . . . }
Sucre . . . . q. s.

M. pour dix pilules. Dose, de 6 à 12 pilules par jour.

II. La *cascara Sagrada* (Rhammus pursiana) est une plante originaire de l'Amérique.

Elle sert à la préparation d'un extrait fluide, auquel on a attribué les propriétés thérapeutiques suivantes :

1o D'être efficace dans le traitement de la dyspepsie à titre d'amer ;

2o D'activer la sécrétion biliaire dans les maladies du foie qui entraînent une diminution de cette sécrétion ;

3o De combattre efficacement la constipation habituelle, sans irriter l'intestin.

Ceux qui ont fait des essais avec la nouvelle préparation de provenance américaine, s'accordent pour la plupart à reconnaître la réalité des effets thérapeutiques qu'on lui attribue. Botkin, satisfait des essais cliniques qu'il avait poursuivi dans son service, a invité un de ses élèves, M. Tschelzoff, à entreprendre des expériences sur des animaux, destinées à nous renseigner sur l'action physiologique de la cascara sagrada. Les résultats obtenus portent que :

La cascara sagrada ne saurait être utilisée pour obtenir des effets purgatifs intenses et rapides, à moins d'introduire le remède à dose assez forte dans le torrent circulatoire.

Le médicament introduit dans l'estomac par les voies ordinaires est sans influence sur la sécrétion salivaire, mais il active la sécrétion des sucs gastrique et pancréatique et de la bile.

Introduit directement dans le torrent circulatoire, l'extrait fluide de cascara sagrada a donné lieu à des accidents toxiques qui, chez plusieurs animaux, ont abouti à une mort rapide ; la pression intra-vasculaire baissait très rapidement, même quand préalablement on avait sectionné les nerfs vagues sur l'animal en expérience. Il est à croire que ces effets toxiques sont dus à l'oblitération des cavités du cœur par des caillots de sang qui se forment sous l'influence du contact direct de ce liquide avec le médicament ; car l'introduction du médicament sous la peau ne développe, pas plus que l'administration de l'extrait fluide de cascara sagrada par les voies ordinaires, la moindre trace de manifestations toxiques.

L'auteur se propose de poursuivre ces expériences. Ajoutons que M. Landowski, en France (UNION MÉDICALE, 1884, no 183), recommande de prescrire l'écorce de « cascara sagrada » réduite en poudre. — Dose : 25 centigrammes, une ou deux fois par jour, après un repas, — de préférence à l'extrait fluide du commerce, qui ne présente pas toujours une composition identique.

III. C'est également dans le laboratoire du professeur Botkin, qu'ont été faites les recherches de M. Dobroklonsky, concernant l'action physiologique de la « grindelia robusta » sur le cœur et la circulation. La « grindelia robusta » est une plante de la famille des composées, de l'ordre des astéroïdes. Elle croît dans l'Amérique du Nord, entre les 28° et 52° degrés de latitude ; on la trouve surtout en abondance sur la côte de l'océan Pacifique (Californie, Mexique) et dans le Texas.

Depuis longtemps, elle jouissait du renom d'un remède populaire. Son introduction en thérapeutique est de date relativement récente. Le docteur Ayres, de San Francisco (1867) l'a employée d'abord, et avec succès, dans le traitement de l'asthme. Depuis lors, le cercle des indications de ce remède s'est étendu ; l'emploi des préparations de la « grindelia robusta » est préconisé par les médecins américains dans le trai-

---

France ; il se proposait de les poursuivre encore : sa santé ne le lui permit pas.

Ce travail, qui devait rester inachevé, était le sujet constant de ses méditations ; il en parlait souvent : « J'ai fait de belles choses ces vacances, disait-il à l'un de ses élèves, vous verrez. » A l'autre il disait : « Je puis faire maintenant des synthèses partielles. » Comme il sentait ses forces décliner « c'est dommage, disait-il encore, c'eût été bien finir ». Ce furent presque ses dernières paroles. Dès les premiers jours du mois de février 1878, son état s'aggrava subitement, et le 10 du même mois, vers le matin, il rendait le dernier soupir.

Ainsi disparut à l'âge de soixante-quatre ans le grand physiologiste dont le nom restera inscrit parmi les plus grands noms dont la France s'honore. Sa mort fut un deuil public. Certes, il vécut assez pour sa gloire et pour la nôtre. Mais, que n'était-il permis d'espérer encore? Dans la pensée du vrai savant, que de choses auxquelles il rêve toujours et dont il ne parle jamais?

Ce puissant esprit a marqué notre science d'une empreinte que rien n'effacera. Il a exercé et il exerce sur la médecine, sur ses méthodes, sur ses progrès, et jusque sur son langage, une influence qui ne fera que grandir. « Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre quand on s'intéresse aux choses de la médecine », disait dernièrement à l'ouverture du cours de pathologie générale un de nos plus éminents collègues de la Faculté (1). Quel éloquent hommage, messieurs, pour la mémoire de Claude Bernard !

Depuis le premier jour jusqu'au dernier, il a été dominé par une seule et unique passion. Toujours en quête de voies nouvelles, sans cesse poussé en avant par cette flamme intérieure qui inspire et qui éclaire, à peine avait-il touché un but qu'il voulait en atteindre un autre. Volontiers, il eût répété ces vaillantes paroles de Lessing : « Si on me donnait à choisir entre la possession et la recherche de la vérité, je choisirais la recherche ».

Sans doute les chemins qui conduisent à la vérité sont longs et difficiles ; mais, confiante dans la sûreté de ses méthodes, la science a le pressentiment que l'avenir lui appartient : elle est patiente, car elle a le temps pour elle. Un siècle à peine nous sépare de l'époque mémorable où s'est ouverte la voie féconde qu'elle parcourt aujourd'hui, et les découvertes ne cessent de succéder aux décou-

(1) M. le professeur Bouchard.

tement de l'asthme, comme il vient d'être dit, des troubles fonctionnels du cœur, et pour calmer la toux chez les phthisiques.

M. Dobroklonsky a expérimenté sur le cœur de la grenouille. Il a exposé les résultats de ses recherches avec un luxe de détails qu'il serait trop fastidieux de reproduire. Nous n'en retiendrons que les renseignements suivants :

A faible dose (0,1 — 0,2 c.c. d'extrait fluide, en injection sous-cutanée, chez une grenouille de 25 à 30 grammes), la « grindelia robusta » produit une légère accélération des battements du cœur et une élévation de la pression intra-vasculaire. Avec une dose de 0,4 — 0,6 c. c., l'effet immédiat est un ralentissement des contractions cardiaques et un abaissement de la pression intra-vasculaire; la quantité de sang qui est projetée hors du cœur à chaque contraction augmente; finalement le cœur s'arrête en diastole. Avec une dose intermédiaire (0,2 — 0,4 c. c.), les battements du cœur sont d'abord accélérés, puis ralentis. La quantité de sang projetée hors du cœur à chaque contraction augmente de plus en plus, pour atteindre des valeurs doubles et triples de la valeur normale. La pression intra-vasculaire, accrue au début, tombe ensuite et on finit par noter les mêmes effets qu'avec des fortes doses initiales. Quand on emploie d'emblée une dose de 0,6, le cœur, au bout d'un temps très court, s'arrête en diastole; des excitations mécaniques, chimiques et électriques sollicitent encore, mais au début seulement, des contractions des diverses cavités du cœur.

Les résultats obtenus sur des animaux à sang chaud concordent sensiblement avec ceux qui ont été observés sur le cœur de la grenouille; et dont, nous le répétons, nous n'avons fait connaître que les points essentiels.

E. RICKLIN.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

DE LA COCAÏNE EN GYNÉCOLOGIE, par DOUGHTY (1).

Se rappelant les résultats obtenus par l'usage de la cocaïne en ophthalmologie et pour les affections du larynx, Doughty a essayé cet anesthésique dans des opérations de fistules vésico-vaginales. Souvent, au bout d'un quart d'heure, la sensibilité reparaît. Il faut alors renouveler deux ou trois fois les applications de cocaïne ; on peut ainsi, en badigeonnant toutes les dix minutes, arriver à terminer l'opération presque sans douleur.

(1) MED. RECORD, 1884, et CENTRALBL. F. GYN., 1885, no 19.

ANTÉFLEXION UTÉRINE, par WYLIE (1).

Wylie attire l'attention sur ce fait, que ce sont les sujets faibles dans leur enfance qui présentent plus tard des antéflexions utérines. Avant d'aborder le traitement spécial de l'antéflexion, l'auteur conseille un traitement préalable de six à huit semaines, consistant en applications de tampons d'ouate horatée, trempés dans la glycérine.

Ces tampons devront presser sur la lèvre antérieure du col et être renouvelés toutes les vingt-quatre heures. On doit faire alterner l'introduction des tampons avec les douches vaginales chaudes renouvelées plusieurs fois par jour. Il faut continuer le traitement jusqu'à ce que l'introduction de la sonde n'éveille plus de douleur. Alors, seulement, on tentera la dilatation graduelle au moyen de bougies en gomme. Il est très rare qu'on soit obligé de recourir à la dilatation sanglante. Dans les cas où il l'a employée, Wylie, contrairement à la pratique de Sims, a excisé la lèvre postérieure et dilaté ensuite graduellement l'orifice interne. On facilite ainsi la fécondation : la grossesse est, en effet, le meilleur procédé de guérison radicale dans les cas de ce genre (2).

DES MALADIES DES TROMPES DE FALLOPE, par WYLIE (3).

Wylie signale la fréquence beaucoup plus grande des lésions de la trompe du côté gauche. Même dans les salpingites doubles, la trompe gauche est toujours plus malade (4). Dans la plupart des cas, les affections tubaires se compliquent de para-

(1) MED. RECORD, 1884, et CENTRALBL. F. GYN., 1885, no 20.

(2) D'après nos observations, on attache généralement une importance très exagérée aux déviations utérines, surtout à l'antéflexion, qui n'entraîne, le plus souvent, aucun trouble morbide.

(3) NEW-YORK MED. RECORD, 1885, et CENTRALBL. F. GYN., 1885, no 19.

(4) Cette prédominance du côté gauche se rencontre dans un grand nombre de maladies des organes génitaux de la femme, ainsi que nous l'avons signalé dans notre traité de gynécologie.

---

vertes ; tout progrès accompli enfante un progrès nouveau et chaque jour voit éclore d'éclatantes merveilles. Domptées et disciplinées par le génie de l'homme, les forces aveugles de la nature ont été mises au service de la raison ; les germes de mort qui nous entourent et nous pénètrent sont devenus des germes de vie; éclairée par la science, défendue et protégée par elle, la vie de l'homme devient plus longue, plus douce, plus heureuse ; la loi se fait plus juste et plus humaine ; la science est l'âme même du corps social.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par décret en date du 29 mai, les agrégés des Facultés de médecine qui seront nommés à la suite du concours de 1886 n'entreront en exercice que le 1er novembre 1887. La durée de leur exercice sera de huit années.

— Par décret du même jour, il sera ouvert à Paris des concours pour quarante-huit places d'agrégés, savoir : le 1er décembre 1885 pour la médecine ; le 1er mars 1886 pour la chirurgie et les accouchements ; le 1er juin 1886 pour l'anatomie, la physiologie et les sciences physiques. Les 48 places se répartissent comme suit :

Paris : Médecine 4, chirurgie 3, accouchements 1, anatomie et physiologie 1, chimie et toxicologie 1.

Bordeaux : Médecine 2, chirurgie 2, anatomie et physiologie 1, histoire naturelle 1.

Lille : Médecine 2, chirurgie 2, anatomie et physiologie 1, histoire naturelle 1, chimie et toxicologie 2, pharmacie 1.

Lyon : Médecine 2, chirurgie 1, anatomie et physiologie 2, physique 1, chimie et toxicologie 1, pharmacie 1.

Montpellier : Médecine 2, chirurgie 2, accouchements 1, anatomie et physiologie 2, physique 1.

Nancy : Médecine 2, chirurgie 1, accouchements 1, anatomie et physiologie 2, chimie et toxicologie 1.

***

HÔPITAUX DE PARIS. — M. Bandry, directeur de Laënnec, passe en la même qualité à l'Hôtel-Dieu. — M. Gillet, directeur de Cochin, passe en la même qualité à Laënnec. — M. Grandry, économe de Laënnec, est nommé directeur de Cochin. — M. Lhuillier, commis-rédacteur, est nommé économe de Laënnec.

métrite. L'auteur conseille, comme traitement préparatoire, l'introduction de tampons glycérinés. Parfois on doit recourir à l'extirpation, au moyen d'une petite incision au niveau de la ligne blanche. On rencontre fréquemment des adhérences, principalement du côté gauche. Ces adhérences devront être déchirées à l'aide des doigts.

De l'action de l'ergot de seigle et des principes qu'il contient, par Kobert (1).

Kohert étudie trois principes qu'il a retirés de l'ergot de seigle : 1° *L'acide ergotique* (Ergotinsæure) qui amène, après injections hypodermiques ou intraveineuses, un abaissement de la pression sanguine, mais aucun mouvement de l'utérus gravide, ou à l'état de vacuité. Kohert n'a pas observé de gangrènes. Aministré par la voie stomacale, cet acide ne semble avoir aucune action, soit qu'il se transforme dans le tube digestif en un corps inerte, soit que son absorption par l'intestin se produise trop lentement.

2° *L'acide sphacélique* (Sphacelinsæure) qui produit des gangrènes périphériques, dont l'auteur donne les caractères cliniques et anatomopathologiques Administré par petites doses (0,05 d'acide sphacélique par 1,500 gr. du poids de l'animal), il augmente la preseion sanguine. Il a paru agir sur les contractions utérines dans le seul cas où Kobert l'a essayé, sur une chatte pleine. La dose mortelle de ce corps a été de 1,5 pour le lapin, et 2,5 pour le chat;

3° La *cornutine* (Cornutin), substance extrêmement toxique, qui produit une élévation de la pression sanguine. Elle n'amène pas de sphacèle, mais excite lee contractions utérines, aussi bien à l'état gravide qu'à l'état de vacuité.

De l'action de l'ergotine, de l'ergotinine et de l'acide sclérotique sur la pression sanguine, les contractions utérines et les hémorrhagies, par Marckwald (2).

Marckwald étudie l'action sur l'organisme des différentes préparations de l'ergot de seigle employées en thérapeutique, extrait d'ergot, ergotinine, acide sclérotique. Il a observé constamment des contractions utérines, sous l'influence de l'extrait d'ergot et de l'acide sclérotique, tandis que les diveraes variétés d'ergotinine seraient sans aucun effet sur la contractilité de l'organe utérin.

Des rapports de l'ovulation avec la menstruation, par Lawson Tait (3).

D'après Lawson Tait, l'ovulation et la menstruation sont complètement indépendantes l'une de l'autre. Après avoir passé en revue les arguments, en faveur de son opinion, qu'il a trouvés dans la littérature médicale et la physiologie comparée, l'auteur expose les résultats de ses propres recherches. Le meilleur moyen pour résoudre cette question, consiste à enregistrer avec soin l'état des ovaires dans les opérations de laparotomie.

Dans le principe, Tait opérait au milieu de l'espace intermenstruel, ou immédiatement après les règles. Actuellement, il choisit le moment qui précède, et même il intervient pendant l'écoulement cataménial.

Déjà, dans un travail sur les maladies des ovaires, il avait noté que chez des femmes régulièrement menstruées et atteintes de kystes ovariques, l'examen le plus attentif n'avait permis de constater l'existence d'aucun follicule de Graaf. Depuis, il a souvent rencontré des follicules mûrs ou fraîchement rompus chez des sujets qui se trouvaient juste au milieu de l'espace intermenstruel. Au contraire, chez deux femmes opérées pendant les règles, il n'y avait sur les deux ovaires aucun follicule fraîchement rompu ni se rapprochant de l'état de maturité.

Tait expose, à ce point de vue, les résultats de 49 laparotomies, dans lesquelles l'état des follicules a été étudié. Sur ce nombre, pour 9 seulement, opérées, pendant, ou immédiatement après les règles, on a trouvé un follicule mûr ou fraîchement rompu. Pour les 40 autres, on n'observait aucun follicnle mûr ou récemment ouvert, chez celles opérées également pendant les règles ou immédiatement après, tandis qu'on en trouvait de complètement développés chez des femmes qui étaient au milieu de l'espace intermenstruel. Ces 40 observations semblent prouver l'indépendance des deux fonctions, ovulation et menstruation (1).

Tait croit que les trompes jouent un rôle essentiel dans les phénomènes de la menstruation.

Traitement médical des métrorrhagies, par A. Mendes de Leon (2).

L'auteur étudie principalement, sous ce titre, l'action de l'hydrastis canadensis, dans les cas de métrorrhagie, de dysménorrhée, de catarrhe utérin. Après avoir donné un rapide aperçu sur l'origine, les caractères botaniques et la synonimie de la plante, il expose le procédé pharmaceutique qu'on doit employer pour obtenir la teinture.

C'est, en effet, sous forme de teinture, donnée à la dose de 15 à 20 gouttes, répétées quatre fois par jour, pendant les quinze jours qui précèdent les règles, que Mendes a expérimenté ce médicament, déjà conseillé par Schatz en 1883 (3).

Les cas favorablement influencés par l'usage de l'hydrastis sont groupés en cinq catégories :

1° Les ménorrhagies. Principalement, lorsqu'elles résultent d'une congestion exagérée des organes génitaux, s'accompagnant de coliques. Les effets du médicament sont moine accusés ou même nuls dans les dysménorrhées résultant d'un obstacle à l'écoulement du sang (dysménorrhées spasmodiques ou obstructives de Mathews Duncan). Les ménorrhagies se produisant parfois dans ce condition ne sont généralement pas modifiées par l'hydrastis : cette variété de troubles menstruels rentrant dans le cadre des névroses.

2° Le catarrhe, d'origine inflammatoire, du corps et du

(1) Kobert. *Ueber die Bestandtheile und Wirkungen des Mutterkorns.* Arch. f. experim. Pathol. und Pharmak., Bd 18, et Centralblatt für Gynækologie, 1885, n° 19.

(2) Marckwald. *Ueber die Wirkungen von Ergotin, Ergotinin und Sklerotinsæure auf Blutdruck, Uterusbewegungen und Blutungen.* Arch. f. anat., und Physiol., 1884, et Centralblatt f. Gynækologie, 1885, n° 19.

(3) Med. Times and. Gaz., 1884, et Centralblatt für Gynækologie, 1885, n° 15.

(1) Les faits exposés dans le mémoire de Tait viennent de nouveau à l'appui de l'opinion que nous soutenons ici depuis si longtemps, contrairement à la plupart des auteurs français, que les deux fonctions, ovulation et menstruation, ne sont pas liées nécessairement l'une à l'autre.

(2) *Medicamentœse Therapie bei Uterinblutungen*, von docteur A. Mendes de Leon, Privat-Docent an der Universitæt Amsterdam. Archiv für Gynækologie, 1885, Bd 26, p. 147.

(3) Schatz. *Ueber gynækologische Medication. Deuts. nat. u. Aerzte in* Freiburg. Archiv für Gyn., 1884, Bd 22, p. 135, et Gazette médicale, 1884, n° 29, p. 343.

col de l'utérus, affection très fréquente, contre laquelle l'hydrastis a donné de très beaux succès.

3° Les troubles menstruels consécutifs aux inflammations circum-utérines chroniques.

4° Les dysménorrhées qui accompagnent, à la longue, les déviations utérines, surtout les rétroflexions ou versions. Dans ces cas, il faut associer à l'administration de l'hydrastis le traitement de la déviation et des adhérences qui la compliquent.

5° Les métrorrhagies de la ménopause.

Quant à l'utilité de l'hydrastis dans les cas de corps fibreux, Mendes ne veut pas formuler d'opinion, n'ayant eu l'occasion de l'essayer que deux fois.

Quelques observations relatives à chacun de ces cinq groupes viennent appuyer les conclusions de l'auteur.

D'après lui, l'hydrastis canadensis agit principalement en diminuant la congestion des organes génitaux, qui joue un grand rôle dans la plupart des accidents dysménorrhéiques et dans beaucoup d'affections de l'utérus ou des annexes.

Plusieurs malades qui n'avaient obtenu aucune amélioration avec l'ergot de seigle ont été améliorées ou guéries par l'hydrastis. Cette dernière substance paraît porter son action sur le système vasculaire plutôt que sur la contraction utérine. Il ne faudrait donc pas considérer l'hydrastis comme un succédané de l'ergot. Dans deux cas de métrorrhagie post-puerpérale, dépendant d'une atonie utérine, Mendès a employé l'hydrastis sans aucun résultat.

Ce médicament rendra surtout de grands services, dans les cas de dysménorrhées ménorrhagiques, chez les jeunes filles, pour lesquelles toute exploration locale est délicate et difficilement acceptée des malades et de leur entourage.

Dr DE SINÉTY.

REVUE DES THÈSES

Ophthalmologie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS OCULAIRES DANS LES TROUBLES DE LA MENSTRUATION, par M. Léon OURSEL. (Thèse de Paris, 1885, chez A. Parent.)

L'auteur n'étudie que les troubles oculaires survenant :

1° chez la jeune fille, alors que la première menstruation va apparaître et s'établit difficilement;

2° chez la femme adulte, alors que la fonction, régulièrement établie, se trouve pervertie ou abolie par une cause accidentelle ou pathologique.

Il est à remarquer qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de jeunes filles scrofuleuses, lymphatiques, ou bien de femmes plus ou moins hystériques; de sorte que dans bien des circonstances, la relation de cause à effet, entre les accidents oculaires et les troubles menstruels est discutable; dans quelques-uns, au contraire, elle est bien nette. Une dame voit ses règles se supprimer pour avoir trempé ses mains dans l'eau froide; le soir même, elle éprouve de vives douleurs dans les yeux; il se forme deux abcès sur chaque cornée et, finalement, elle conserve deux leucômes. Voilà un des cas les plus nets.

Ce que l'on observe le plus fréquemment, ce sont des conjonctivites phlycténulaires, des kératites vasculaires, de l'iritis séreux, parfois de l'iritis avec hémorrhagie.

Les membranes les plus profondes ne sont pas épargnées; la choroïde, la rétine, le nerf optique peuvent être atteints. L'auteur cite une observation d'atrophie persistante du nerf optique, accompagnée de cécité complète; chez une autre malade, au contraire, on peut amener la guérison.

N'oublions pas, non plus, les troubles de l'accommodation, survenant d'une façon très irrégulière et n'étant pas atténués par les verres.

C'est par un examen attentif des malades et par un interrogatoire minutieux que l'on arrivera à poser un diagnostic des plus probables, qui ne tardera pas d'ailleurs à être confirmé par l'amélioration rapide que l'on obtiendra, si l'on joint à un bon traitement local un traitement général approprié.

DE LA COCAÏNE ET DE SON EMPLOI EN OPHTHALMOLOGIE, par M. LABRY (Thèse de Paris, 1885.) Alph. Derenne.

M. Labry voulant traiter d'un anesthésique, juge à propos de reprendre rapidement l'histoire des principaux anesthésiques généraux et locaux, et il arrive à la cocaïne, dont il donne le mode de préparation. La cocaïne est connue depuis longtemps, mais elle était principalement restée dans les laboratoires; sa véritable et sérieuse introduction dans la thérapeutique ne date que de l'an dernier, où Koller, de Vienne, en fit usage dans les affections oculaires.

M. Labry a contrôlé lui-même l'action de la cocaïne sur l'œil sain; son observation concorde avec celles qui ont été rapportées jusqu'ici. A part quelques rares exceptions, la conjonctivite granuleuse, par exemple, l'effet anesthésique s'est produit dans tous les nombreux cas recueillis par l'auteur, après une instillation de quelques gouttes d'une solution à 1/20, et cela, au bout d'un temps variant de 3 à 10 minutes. Il nous semble qu'il eût été intéressant de discuter plus longuement l'anesthésie dans l'iridectomie et dans l'énucléation de l'œil, chose encore contestée, et de parler un peu de cette contraction vasculaire, produite par la cocaïne, qui permet de faire, par exemple, un strabisme en supprimant non seulement la douleur, mais l'écoulement sanguin.

M. Labry a voulu sans doute éviter d'émettre, au sujet du mode d'action du nouvel anesthésique, une hypothèse quelconque; il s'est contenté de signaler un très grand nombre de faits très instructifs et bien observés.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES OPACITÉS DE LA CORNÉE, par Samuel AMBRESIN. (Thèse de Paris, 84. Lib. Alice Henry).

La première partie de cette thèse comprend une étude des plus complètes sur l'anatomie de la cornée, sa physiologie, et surtout son mode de nutrition, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique. M. Ambresin a su grouper avec art et exposer nettement les documents qu'il a puisés dans les nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet. L'anatomie de la cornée et sa nutrition étant bien connues, il devient bien facile d'expliquer comment se forment les opacités, et comment ces opacités troublent la vision, soit en empêchant le passage des rayons lumineux, soit en déformant la courbure de la cornée, et, par suite, l'image rétinienne.

Sans entrer dans de grands détails sur l'étiologie et les causes des opacités cornéennes, l'auteur arrive rapidement à la partie principale de sa thèse, nous voulons parler du traitement.

Il énumère succinctement les tentatives nombreuses et variées que l'on a faites pour guérir les opacités de la cornée. On a essayé la section des vaisseaux, le raclage, l'établisse-

ment d'une fistule cornéenne ou d'une pupille dans la sclérotique; d'autres ont fait la transplantation de la cornée, des insufflations de poudres irritantes, des cautérisations directes, des inoculations de pus blennorrhagique, etc.; aucun de ces moyens n'a paru avoir sur les autres un avantage marqué.

Enfin, le jéquirity vint et alors les avengles virent. « Pour les aveugles par suite de taies cornéennes, Delille n'aurait plus à dire :

Mais, hélas! à mes yeux la lumière est ravie,
En vain leur globe éteint et volant dans la nuit
Cherche aux voûtes des cieux la clarté qui me fuit... »

C'est peut-être un peu trop d'enthousiasme! Sans doute le jéquirity a donné des résultats inespérés dans les cas d'opacités avec pannus suite de granulations; mais, pour la majorité des taies, celles qui sont consécutives aux ophthalmies scrofuleuses, les douches longtemps prolongées seront toujours employées de préférence par la majorité des praticiens.

De l'exentération du globe oculaire, par M. V. Mavel. Thèse de Paris, 1885 (Alph. Devenne).

Les lecteurs de la Gazette connaissent déjà l'exentération par une leçon de M. Abadie publiée au mois de décembre dernier. La thèse de M. Mavel n'est que le développement de cette leçon. Si nous n'avons rien à dire pour le fonds de cette thèse, nous n'avons que des éloges à faire sur la forme.

M. Mavel s'est bien limité dans son sujet; on ne trouve pas dans son ouvrage de ces hors-d'œuvre interminables que l'on rencontre trop souvent et qui, sous prétexte d'élucider une question, ne servent qu'à remplir des pages. Il n'y a d'anatomie que ce qui est strictement nécessaire pour montrer les dangers qui peuvent résulter de l'énucléation.

Les différents modes d'énucléation partielle sont appréciés à leur juste valeur, leurs indications sont bien précisées; après quoi, M. Mavel, arrivant à l'exentération, donne en détail le manuel opératoire de cette opération au sujet de laquelle il pose les conclusions suivantes :

1o L'exentération du globe oculaire est une opération facile et peu dangereuse à pratiquer;

2o Elle donne un moignon excellent pour la prothèse;

3o Elle supprime tous les éléments vasculo-nerveux de l'œil, c'est-à-dire presque tous ceux que l'on considère jusqu'ici comme capables de provoquer des accidents sympathiques. On peut donc tenter de la substituer à l'énucléation pour prévenir et même pour arrêter ces accidents.

Toupet.

NOTES & INFORMATIONS

L'inauguration de la statue de Pinel élevée sur la place de la Salpêtrière, devant la porte même de l'hospice de la vieillesse (femmes), aura lieu le lundi 12 juillet prochain, sous la présidence de M. le docteur Dagonet.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

prix proposés pour l'année 1885.

Prix de l'Académie. — Question : *Des corps étrangers dans les articulations.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *Des causes et de la nature de l'angine de poitrine.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Altérations du placenta; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales.* — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Godard. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M le docteur Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs d'ouvrages de même nature. Il sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. E.-Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : *De l'actinomycose.* — « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Stanski — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Il sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une « somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille « somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura pro- « duit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux « animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à « endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.* — Ce prix sera de la valeur de 1,600 francs.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1885 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er octobre 1885. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Barbier, Godard, Desportes, Itard, Buignet, Vernois, Lefèvre et Saint-Paul, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Mardi dernier, ont eu lieu, au milieu d'un grand concours de médecins, d'étudiants et d'amis, les obsèques de J. Wilbien, externe dans le service du professeur Grancher à l'hospice des Enfants-Assistés. Wilbien avait contracté la diphtérie dans l'exercice de ses fonctions d'externe ; il a été emporté en deux jours par le mal inexorable dont les soins les plus intelligents et les plus dévoués ont été impuissants à triompher. Depuis son jeune âge, Wilbien avait été apprécié par tous ceux qui l'ont connu de près, pour l'aménité de son caractère et les plus nobles qualités du cœur. Il a été enlevé par un coup brutal du destin, alors que ses débuts dans la carrière médicale faisaient naître les plus belles espérances. Le professeur Grancher lui portait une haute et affectueuse estime, qui s'est traduite en termes aussi éloquents qu'émus dans le dernieu adieu que le maître est venu adresser à l'élève. M Michelin, au nom du Conseil municipal, M. Peyron, au nom de l'administration de l'Assistance publique, M. Moreau, au nom des condisciples du défunt, ont également pris la parole pour rendre un suprême hommage à celui qui a succombé victime du devoir professionnel.

Puisse l'expression de tant de regrets réunis atténuer la douleur d'une mère inconsolable !

— M. Guéneau de Mussy (Noël-François-Odon), qui vient de mourir à Paris, était né dans cette ville, le 6 novembre 1813. Il avait pour grand-père maternel le professeur Hallé, et pour oncle François Guéneau de Mussy, ancien directeur de l'École normale et membre de l'Académie de médecine, père de M. Henry Guéneau de Mussy, qui fait également partie de l'Académie, et que les journaux extra-médicaux ont confondu avec son cousin Noël. Cette famille a donné d'ailleurs un certain nombre de médecins, et l'on se rappelle ce vers de Boileau, applicable à un de leurs ancêtres :

Guéneau, sur son cheval, en passant m'éclabousse.

Noël Guéneau de Mussy fit d'excellentes études littéraires, et les fit assez complètes pour pouvoir continuer à écrire, et à bien écrire en latin, à un âge où d'anciens *forts en thème* ont à peu près oublié leurs humanités. Il fit également de bonnes études médicales c'est ainsi que nous le trouvons reçu le second à la promotion des internes du 13 décembre 1836, promotion qui comprenait Depaul, Fauvel, Gosselin, Moissenet. En 1837, il obtient la médaille d'or à l'Ecole pratique ; en 1839, le 23 août, il passe son doctorat, et il est nommé la même année chef de clinique. Andral et Chomel faisaient le plus grand cas de lui; comme eux il était prudent en diagnostic, sage en thérapeutique. En 1842, Noël Guéneau de Mussy concourt avec succès pour le bureau central des hôpitaux, puis en 1847 pour l'agrégation. En 1851, il supplée le professeur Fouquier et en 1859 Rostan. Enfin, en 1867, il est nommé membre de l'Académie de médecine. Aimé de ses élèves, de ses confrères, de ses malades, l'on peut dire avec l'honorable président actuel de l'Académie que « la Compagnie perd en effet, en M. Noël Guéneau de Mussy, l'un de ses membres qui l'ont le plus honorée « par le savoir, les travaux, les talents et l'élévation du caractère ». Tous ceux qui l'ont connu n'oublieront jamais ni les qualités de son cœur, ni celles de son esprit.

Parmi ses écrits, nous citerons : 1835. Sur l'exanthème buccal dans l'érysipèle. — 1836. Sur la méningite hémorrhagique. — 1837. Sur la berlue et la diplopie (thèse). — 1844. De la fièvre hectique (thèse d'agrégation) — 1847. Pathogénie des hémorrhagies (thèse d'agrégation). — 1851. Nouveau signe de l'apoplexie pulmonaire. — 1853. Adénite post-cervicale. — Pleurésie diaphragmatique. — 1855. Angine glanduleuse. — 1856. Sur la galactorrhée. — 1859. Leçons sur la tuberculose pulmonaire. — 1860. Sur l'asthme. — 1865. Sur les phlegmons du ligament large. — 1874-1885. Clinique médicale, 4 volumes, dans lesquels la plupart des travaux de l'auteur se trouvent reproduits et complétés. — 1875. Sur la coqueluche. — 1876. Dilatation de l'aorte cylindrique. — Maladies matrimoniales. – Auscultation plessimétrique.— Pectoriloquie aphonique. — 1877. Adénopathie trachéo-bronchique.— — 1885. Hygiène chez les Hébreux.

A. D.

— On annonce la mort du docteur P. Redard, ancien interne des hôpitaux, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat.

* * *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour la nomination d'un chef de clinique titulaire des maladies du système nerveux et d'un chef de clinique adjoint s'ouvrira le lundi 6 juillet 1885, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture dudit concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1885, tous les jours, de midi à trois heures.

— M. De La Personne, chef de clinique ophthalmologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886.

* * *

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le docteur Hue (François-Alphonse) est institué suppléant de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Colleville (Henri-Georges), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

* * *

CONCOURS. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 1er juillet 1885, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 juin 1885. Le registre d'inscription sera ouvert

tous les jours de midi à trois heures. Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours.

HERBORISATION. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, du 13 au 18 juin, dans les Ardennes et la Meuse.

Le rendez-vous est à la gare de l'Est, samedi 13 juin, à onze heures et demie, pour le train partant de Paris à midi pour Charleville.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 31 MAI AU SAMEDI 6 JUIN 1885.

Fièvre typhoïde 16. — Variole 4. — Rougeole 50. — Scarlatine 1. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 50. — Phthisie pulmonaire 183. — Autres tuberculoses 26 — Autres affections générales 68 — Malformation et débilité des âges extrêmes 65. — Bronchite aiguë 23. — Pneumonie 80. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 38. — au sein et mixte 22. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 97. — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 86. — de l'appareil digestif 45 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 27. — Causes non classées 23. — Total de la semaine : 1,039 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Etude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme; de quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme, par le docteur Magnin. Un vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker, par J.-C.-Félix Guyon, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Necker, 2e édition, revue et corrigée. Un vol. gr. in-8 de 1051 pages, avec 49 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 16 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Du choléra, traitement nouveau, guérison, par le docteur Jousteaumé, in 18. — Prix : 1 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine.

Etudes thérapeutiques sur l'antipyrine, par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. In-8 de 60 pages. — Prix 2 fr. 50. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies, par le docteur Desprez, in-8. — Prix : 75 c. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 25 — 20 JUIN 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DU PSEUDO-RHUMATISME DE SURMENAGE. — Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD ; recueillie par M. E. JUHEL-RENOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

I

Existe-t-il une caractéristique du rhumatisme ? Agrandissement du domaine rhumatismal qui englobe toutes les affections à frigore. — Tentative d'unification basée d'abord sur l'anatomie pathologique, puis sur la pathogénie et l'existence d'un trouble de la nutrition. — De la diathèse rhumatismale et de l'arthritisme. — Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une maladie par ralentissement de la nutrition. — Démembrement du rhumatisme chronique. — Théories nerveuses et microbiennes. — Essai de classification des diverses variétés de rhumatisme articulaire aigu. — Pseudo-rhumatismes primitifs et secondaires. — Les rhumatismes subaigus sont des hybrides destinés à disparaître. — Ce qui reste du rhumatisme articulaire aigu peut être encore diminué par la séparation de types dont l'étiologie et les manifestations cliniques sont distinctes.

Messieurs,

Quand nous avons examiné ensemble la jeune femme couchée au n° 27 de la salle Laënnec, l'un de vous, frappé par les douleurs articulaires qu'elle présentait, n'a pas hésité à la déclarer atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Il est présumable que ce n'est pas sans un étonnement intime assez grand que vous m'avez entendu apporter à ce jugement de telles restrictions, que du diagnostic «rhumatisme», il ne restait à proprement parler que le *nom*, tandis que la *chose* apparaissait complètement modifiée par les épithètes qu'il devenait nécessaire d'accoler à celui-ci.

Est-il donc si difficile, pensez-vous, de dire ce qui est ou ce qui n'est pas du rhumatisme, c'est-à-dire de trouver une caractéristique quelconque qui soit assez précise pour mettre hors de doute la nature rhumatismale d'une affection ou d'une détermination morbide ? Si dans un grand nombre de cas la difficulté est facile à trancher, il en est d'autres, et notre malade en est un exemple, où le problème devient extrêmement ardu, car la maladie rhumatismale est aujourd'hui en plein démembrement, et la caractéristique dont je viens de vous parler n'est pas encore absolument déterminée.

En effet, tel qu'il a été édifié par les générations médicales qui nous ont précédé, le rhumatisme apparaît comme une maladie au large cadre, si grande dans sa compréhension qu'elle constitue à elle seule une véritable pathologie au petit pied.

FEUILLETON

Sur la géographie médicale (1)

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

IV

UN ESSAI D'HYGIÈNE GÉOGRAPHIQUE.

M. Poincaré avait un premier avantage sur M. Bordier, celui de venir après lui. Il en a trouvé un autre dans le choix du chemin qu'il s'est proposé de parcourir. Personne n'avait encore mis aussi directement la géographie médicale au service spécial de l'hygiène et de la prophylaxie. Voilà pourquoi, ici, tout change, tandis que M. Bordier a cherché de son mieux à écrire un traité didactique de géographie médicale, M. Poincaré (2), se plaçant au point de vue pratique et exclusivement médical, a essayé de faire rendre de services effectifs aux notions fournies par tous ceux qui se sont occupés de l'étude des maladies dans les diverses contrées du globe. Il a pris avant tout, la prophylaxie des maladies exotiques ou épidémiques comme but de ses investigations. Mais pour que « la prophylaxie puisse appliquer avec fruit ses moyens d'action, il faut, dit M. Poincaré, des renseignements qui lui sont fournis par la géographie ; car, pour se préserver d'un ennemi, il faut, avant tout, savoir où il se trouve, quelles sont la situation et l'étendue du territoire qu'il occupe d'une façon permanente, quels sont les points qu'il a l'habitude d'envahir le plus souvent, quels sont ceux qu'il pourrait menacer, quels sont ses itinéraires et ses étapes possibles, quels sont enfin les points faibles de la frontière à défendre. On peut dire que c'est sur la connaissance de la géographie médicale que doit reposer la strategie de la prophylaxie. »

M. Poincaré a voulu spécialiser en quelque sorte la prophylaxie plus que ne le font les traités d'hygiène et, en outre, l'isoler des descriptions classiques, où elle perd de son importance, cherchant ainsi à établir ses droits à la personnalité et à l'indépendance.

« La géographie médicale, dit encore M. Poincaré, est loin d'être

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, année 1884, nos 35, 39 et 40, et le n° 8 de l'année 1885.

(2) 1 vol. in-8° de 500 pages. — Paris. G. Masson, éditeur, 1884.

Baillon, qui le sépara de l'arthritis et fut le premier architecte de ce monument, ne le reconnaîtrait certes pas aujourd'hui, tant son plan primitif a subi de modifications, ponr ne pas dire de bouleversements. Et le mobile de tous ceux-ci, c'était toujours la recherche de ce « Maître Signe », en dehors duquel il n'y avait qu'apparence rhumatismale et non rhumatisme.

Un instant, on crut trouver dans le refroidissement la pierre de tonche tant cherchée, et tout ce dont le froid était capable fut rangé dans le rhumatisme qui devint le type par excellence des maladies « à frigore ». Mais du moment que le froid constituait l'*ultima ratio* du rhumatisme, était-il possible de distraire de ce dernier les algies diverses auxquelles le froid donne aussi naissance? Aussi bien, on les réunit. Cette annexion, c'est le propre de ces sortes de choses, ne suffit bientôt plus, et tont un groupe de phlegmasies dont le froid paraissait être l'agent provocateur entre bientôt dans le domaine du rhumatisme: et l'on décrivit dee pneumonies, des pleurésies, voire même des méningites rhumatismales, comme on venait déjà de spécialiser des névralgies de même origine. Baillou n'avait en en vue qne les rhnmatismes des parties externes: c'était donc comme un rhumatisme des organes internes qui venait former la seconde aile de l'édifice st le compléter.

Mais le rhumatisme ainsi constitné n'était pae né viable; trop d'états morbides divers et même disparates avaient envahi son territoire pour que l'unification fût possible. C'était toujours un assemblage confue de troubles pathologiques qui ne reconnaissaient comme eeul point de contact que le refroidissement étiologique, st véritablement cette dernière notion n'avait pas une valeur asssz dominante pour être érigée en criterium.

L'anatomie pathologique à laquelle on s'adressa demeura aussi impuissante, quoiqu'elle sût réalisé cependant nn sensible progrès en restreignant l'étendue du rhumatisme. Barthez lui donna pour eiège *les parties musculaires situées entre les articulations*; Gasc le définit *l'état inflammatoire des membranes fibreuses et de l'expansion tendineuse qui servent à la jonction des os entre eux*. Chomel le limita aux systèmes musculaires et fibreux et voulnt en distraire tontes les lésions viscérales; enfin Bouillaud montra que le rhumatisme intéresse les articulations dans leurs parties constituantes, qu'il peut atteindre les organes internes et principalement les séreuses, et qu'habituellement ces localisations internes coïncidaient avec l'affection articulaire.

Mais qu'elles soient ou non rhumatismales, toutes ces lésions internes n'en ont pas moins la même apparence, je dirai presque la même évolution; rien ne saurait anatomiquement les distinguer les nnes dss autres. Par conséquent, ce n'est pas l'anatomie pathologique qui peut servir actuellement à limiter d'une manière formelle le cadre du rhumatisme. Elle n'a à son actif qu'une tentative de restriction dans l'étendue de celui-ci.

Or, s'il se meut un peu plus à l'étroit dans la formule anatomo-pathologique, voilà qu'il prend ses libres coudées avec l'entrée en scéne ds la notion pathogénique et de la diathèse. Ce grand mot, qui est l'expression de cet effort continu de synthèse à laquelle tendent peu à peu les générations médicales et qui attend jusqu'à présent une définition absolne, a été longtemps et est encore le pivot autour duquel doivent graviter les affections rhumatismales. Mais cette tendance à la répétition chez un même sujet d'un certain nombre d'actes morbides présentant ce caractère spécial, cette modification du type physiologique dont l'effet est de diminner la résistance de l'organisme contrs certaines influences morbifiqnes, de la prédisposer à certaines affections, d'imprimer à ses réactions une physionomis spéciale (Hallopeau), tout cela n'est-il pas d'un vague que ne comporte plus l'évolution nettement scientifique de nos connaissances médicales? Qui dit affection diathésique exprime l'idée d'une maladie héréditaire, laquelle présente uns snccession ou une coïncidence d'accidents plus ou moins coordonnés, plns ou moins hiérarchiquement placés, au milieu desquels apparaît une manifestation toujours identique à elle-même, et autour de laquelle viennent se grouper tous ces accidents dont elle constitue ls lien commun. Dans l'ordre de la diathèse rhumatismale, l'arthrite constitue cette manifestation révélatrice qui permettrait de mettre la signature du rhumatisme sur tout trouble morbide qui le précède, l'accompagne ou le suit.

Ainsi fut bâti cet arthritisme aux vastes proportions que Bazin, l'un de ses plus illnstres édificateurs, a si magistralement étudié, et qui ne tendait à rien moins qu'à ressusciter la doctrine de l'identité dont Baillou avait si gravement compromis l'existence. Mais, depuis Bazin, que de lézardes au monument!

Une affection qui condensait un gros chapitre des derma-

une innovation. Elle a déjà trouvé une assiette considérable dans les travaux de Boudin, et a pris un corps plus complet dans ceux de Lombard et de Hirsch. Mais tous ces ouvrages dont la mission était la fondation même de la géographie médicale, se prêtent peu, par la force des choses, à la vulgarisation de cette branche des sciences médicales. Leurs auteurs devaient évidemment ne rien négliger, entrer dans les détails les plus minutieux, donner de longues listes de localités, bonnes à consulter, mais fatigantes pour le lecteur ordinaire et laissant peu de traces dans son esprit.

Rien n'est plus vrai; aussi l'ouvrage de M. Poincaré ne ressemble-t-il pas à celui de ses devanciers. Il l'a divisé en trois livres: le premier est consacré aux maladies d'origine miasmatique: fièvres essentielles (typhoïde, récurrente, typhus pétéchial, impaludisme); fièvres éruptives; maladies caractérisées par un processus anatomique constant et hétérogène (diphthérie, tuberculose, lèpre): maladies d'origine exotique (choléra, fièvre jaune, peste).

Le deuxième livre comprend les maladies d'origine alimentaire, qu'elles soient attribuées aux altérations des céréales (ergotisme, pellagre, acrodynie, lathyrisme), aux altérations de viande (trichinose), aux boissons (alcoolisme), ou à un régime défectueux (scorbut, béribéri, lithiase urinaire, goutte).

Le troisième livre s'occupe des maladies d'origine météorique, et M. Poincaré y range la pneumonie, la grippe, la dysentérie et l'hépatite.

Chacun de ces trois livres est précédé d'un chapitre préliminaire contenant des considérations générales sur les divers groupes des maladies.

On pourrait facilement critiquer la division adoptée ou plutôt proposée par M. Poincaré. Ainsi, mettre l'alcoolisme à la suite de l'ergotisme, de la pellagre, du lathyrisme, me paraît exagéré. Car, dans l'alcoolisme, c'est moins la nature de la substance qui doit être incriminée que l'abus qu'on en fait. Cela dépend de l'homme, de ses mœurs, de ses habitudes.

Mais, dans les sciences naturelles, qu'on me montre une classification qui ne soit passible d'aucun reproche. Force nous est de reconnaître une fois de plus que les classifications ne doivent être considérées que comme des moyens de faciliter l'étude d'un groupe de connaissances. Que toute méthode est artificielle, même les classifications prétendues les plus naturelles. Que tout cela est ac-

toses, des troubles digestifs allant de l'angine aux dyspepsies et aux hémorrhoïdes, des accidents respiratoires étendus du coryza éphémère, maie aigu, anx laryngites, à l'asthme, à certaines bronchites chroniques et à l'emphyséme, puis les chapitres de l'athérome et de la périartérite avec leurs conséquences du côté de l'encéphale, de l'aorte et du rein, enfin tout un groupe de névroses, de névralgies, de maladies calculenses, le diabéte, l'obésité, cette affection, dis-je, avait trop embrassé pour solidement étreindre.

Aussi les uns contestérent-ils à l'arthritisme tont droit à l'existence ; d'autres débaptisaient quelques-unes de ses manifestations pour les faire revivre sous le nom d'herpétisme ; plusiers, comme Pidoux, firent de cet herpétisme une forme bâtarde de l'arthritisme, et récemment, M. Lancereaux réunit à nonveau les deux diathèses sous le nom d'herpétisme.

Bref, l'arthritisme, devenn méconnaissable, semble craquer de toutes parts. Le terrain sur leqnel il repose n'a pas la stabilité voulue et ses départements manquent de cohésion, parce qne la notion de l'unité de la condition pathologiqne génératrice qui doit les unir n'est représentable, à l'heure actuelle, par rien de concret ni par rien d'indiscutable.

Je sais bien que depuis quelques années on cherche à trouver dans un trouble de la nutrition le secret de la diathèse; mais jusqu'à présent, malgré les travaux de M. Bence Jones, de Cantani et de M. le professeur Bouchard, malgré les recherches que j'ai poursuivies moi-même, le voile n'a pas été entièrement soulevé. Classer le rhumatisme, envisagé d'une manière générale et sous toutes ses variétés, dans les maladies ponr ralentiesement de nutrition et faire de ce trouble intime le lien commun des accidents de l'arthritisme, me semblerait un progrès réel, si l'on pouvait distraire de la famille rhumatismale son chef de file, le rhumatisme articulaire aigu. Car ce rhumatisant, qui rend quotidiennement de 35 à 40 grammes d'urée, sans s'alimenter et aux dépens de ses propres albuminoïdes, me paraît, au contraire, en pleine suractivité destructive ! On m'objectera qu'il émet aussi un excés considérable de prodnits incomplétement élahorés, acide urique, oxalique, acides gras volatils, matières extractives, etc.; il en résulte que les produits de la désassimilation de ses tissus n'arrivent pas tous au même degré de transformation, ce qui est le propre du retard nutritif. Mais la réponse est facile. En effet, la puissance élahoratrice de l'organisme n'est pas infinie et reconnaît certaines limites : snpposons qne nous voulions lni faire franchir ces limites, il est incontestable qu'après avoir donné son maximum, cet organisme faillira devant l'oxydation ou devant tel acte chimiqne intime et qu'alors les produits de la désassimilation traduiront cette imperfection de travail vital ; d'nn autre côté, voilà un individu qui a absorbé son maximum d'oxygéne, mais la proportion de matériaux à transformer livrés par sa propre substance dépasse la somme de cet oxygéne disponible, si élevée qu'elle soit. Dire que dans ces deux cas il y a ralentissement nutritif équivaudrait à taxer de faiblesse le fort de la halle qui, habitué à soulever 100 kilogrammes, en porte tout d'un coup 150, maie commence à faiblir quand on le charge de 200 kilogrammes.

Qu'il existe dans le rhumatisme articulaire aigu un trouble de la nutrition, que celui-ci soit le *primum movens* des accidents morbides, j'en suis convaincu plus qne personne, mais quand il s'agit de spécifier ce trouble nutritif, je ne vois encore qu'incertitudes ou erreurs, ce qui me donne le droit de conclure, comme je le faisais tout à l'heure, que la famille rhumatismale manqne jusqu'à présent de critérinm.

Vous venez d'assister, messieurs, à quelqnes-unes des péripéties par lesquelles ont passé les manifestations aiguës du rhumatisme. Mais ne croyez pas qne celles-ci seules aient été attaquées. Le rhumatisme chronique que l'on regardait comme le plus proche parent des précédentes a été aussi singulièrement contesté. Le rhumatisme noueux, la goutte asthénique de Landré-Beauvais, serait pour ces démolisseurs une maladie de déchéance, un trouble nntritif, qu'on doit séparer dn rhumatisme. D'autres, plus nombreux, avancent que ces arthropathies présentent des similitudes avec celles qui dépendent d'affections médullaires, et cette ressemblance plus ou moins précise étahlie, est transportée à la notion pathogéniqne et dépossède ainsi le rhumatisme.

Ceci m'amène incidemment à vous signaler un point de vue qui, s'il n'est pas original, est du moins tonjours bon à rappeler. C'est l'influence exagérée qu'exercent sur les choses de la médecine les doctrines à l'ordre du jour. La mode est un tyran que nous suivons tous peu ou prou ; et deux modes, je veux dire deux courants d'idées, se partagent aujourd'hui les esprits et devaient par conséquent agir sur les questions pendantes. C'est d'une part la neuro-pathologie, l'aînée, pas

---

cessoire et temporaire, et que celui-là a fait la meilleure classification, qui a réussi à rendre le moins pénible possible l'exposition, l'enseignement et l'intelligence des connaissances qu'il est chargé de propager.

M. Poincaré nous semble avoir bien rempli ce programme. Gardons-nous donc de discuter sur l'ordre qu'il a suivi, non plus que sur la division générale qu'il a adoptée. Son procédé est d'ailleurs très simple et fort net : à propos de chacune des grandes maladies dont il traite, M. Poincaré commence par en montrer la répartition dans le temps comme dans l'espace ; du même coup, il recherche ou dévoile les conditions qui en favorisent l'apparition. Les causes avérées probables ou simplement problématiques d'une de ces entités morbides étant établies, les mesures prophylactiques à indiquer semblent s'en déduire presque d'elles-mêmes. Et cependant, la personnalité de l'auteur intervient ici encore et non sans besoin. De ce que la trichinose a pour origine l'alimentation par la viande de porc contaminée, doit-on bannir d'une manière absolue de nos cuisines et de nos tables cet animal par trop calomnié ?

C'est ici que le tact, le jugement, la prudence, trouvent à se montrer au même degré que le sens critique. M. Poincaré, dans ce cas particulier de la trichinose, nous paraît avoir été un peu trop influencé par la terreur de nos parlementaires.

Par contre, dans la question du scorbut, il nous semble avoir parlé le langage de la sagesse. S'étant maintenu dans un éclectisme éclairé au point de vue de l'étiologie du scorbut, il réclame pour la prophylaxie des mesures également éclectiques. Après avoir insisté sur l'abolition de l'emploi des végétaux frais, pommes de terre, oignons, citrons et *lime-juice*, M. Poincaré ajoute : « De ce que l'aliment végétal frais est l'agent de prophylaxie par excellence, il ne s'ensuit pas qu'on doive renoncer complétement aux mesures indiquées par les autres théories pathogéniques, car, si toutes les autres circonstances pathologiques invoquées ne jouent pas le rôle principal, elles ont du moins pour effet d'apporter un certain concours à l'élément générateur direct. A côté de la question alimentaire, il faut donc aussi se préoccuper d'éviter l'encombrement et de satisfaire à tous les besoins d'une bonne hygiène générale. On ne surménera pas les hommes par le travail. On ne les laissera pas non plus dans une inaction dépressive. On leur procurera des distractions de bon aloi et, sous ce rapport, l'institution des mu-

encore démodée; l'autre, c'est la microbiologie, tard venue, mais acclamée comme les nouveaux prophètes. Or, ces deux courants ont tenté d'entraîner, qui une part du rhumatisme chronique, qui une part du rhumatisme aigu.

La microbiologie, dont le promoteur a tracé dans la médecine un sillon si profond, est une sorte de Californie qui attire tous les chercheurs. Et si le génie de M. Pasteur a découvert du premier coup les filons qu'il a exploités d'une manière définitive, beaucoup des ouvriers de la dernière heure ont été entraînés par un enthousiasme que semble démentir bientôt la réalité des faits. Ceci peut s'appliquer, je pense, à cette tentative d'annexion du rhumatisme articulaire aigu. Car on a décrit le « monas rhumaticus », monas, soit dit en passant, qui appartient plutôt au rhumatisme infectieux. Klebs en est le père, et Hueter, qui l'adopte, édifie sur lui une pathogénie dont la singularité, pour ne pas dire plus, mérite d'être rappelée comme un exemple des aberrations auxquelles peut conduire l'esprit de système.

Voilà, dit Hueter, un individu dont le corps est en sueur et dont les orifices glandulaires dilatés rendent possible la pénétration des agents phlogogènes, des monades déposés à la surface de la peau. Ces monades perforent alors les parois des canalicules sudoripares, puis des vaisseaux ils pénètrent dans le sang et viennent se déposer dans les articulations, les plèvres, l'endocarde. Là, ils se multiplient et engendrent des arthrites, des pleurésies, des endocardites.

Je ne m'attarderai pas à discuter cette étrange pathogénie, pas plus que je n'insisterai sur les théories plus ou moins spécieuses dans lesquelles on a voulu enserrer le rhumatisme. Toutes n'ont encore servi qu'à rendre plus confuses les limites de cette grande maladie. Mais s'il est impossible, à l'heure actuelle, de fixer d'une manière inflexible la barrière qui sépare le rhumatisme vrai des affections qu'on a voulu ranger sous ce vocable, on peut du moins tenter un classement provisoire dans les nombreuses dépendances du rhumatisme articulaire aigu.

D'abord, on doit en séparer la grande classe des rhumatismes secondaires. Les uns, comme les rhumatismes de la blennorrhagie, de la pyohémie, de la puerpéralité, de la scarlatine, variole, rougeole, de l'érysipèle, de la diphthérie, de la fièvre typhoïde (1), de la morve, etc., surviennent au cours d'états infectieux bien déterminés; les autres, moins bien connus, sont des arthropathies dont le caractère secondaire est indéniable, mais qui sont les manifestations d'états infectieux encore mal connus et non classés en nosologie, que l'on pourrait dénommer avec M. Bourcy « pseudo-rhumatismes infectieux. » Toutes ces arthropathies relèvent probablement de quelque microbe, et c'est ici que Klebs trouverait peut-être le moyen de placer son « monas ».

Les arthropathies du premier groupe, dont M. Bourcy a donné récemment une excellente description (1) sont cliniquement faciles à séparer du rhumatisme articulaire aigu. On les rencontre au cours ou au déclin d'états infectieux chez des individus personnellement ou héréditairement indemnes de toute affection rhumatismale ou présentant quelque affinité avec le rhumatisme. De plus, la marche de la température, la fréquence et même la constance de l'albuminurie, la tendance suppurative des manifestations articulaires, l'action nulle ou peu efficace du salicylate de soude, constituent autant de particularités assez tranchées pour constituer une pectonomie clinique.

Les arthropathies du deuxième groupe forment une catégorie d'attente, qui compte parmi ses traits principaux tous ceux qui viennent d'être attribués aux arthropathies du premier groupe, et qui se caractérise en outre par ce fait qu'ici la détermination articulaire paraît être l'expression principale et obligée d'un état infectieux dont la nature nous est encore inconnue.

Après les pseudo-rhumatismes primitifs ou secondaires vient le chaos des rhumatismes subaigus, c'est-à-dire une vaste fosse commune où sont entassées les choses les plus disparates, depuis le rhumatisme aigu de courte durée et d'intensité faible, celui qui débutant d'une manière aiguë, se prolonge sur un type atténué, jusqu'aux rhumatismes secondaires dont une partie reparaît ici sous le couvert d'un groupement artificiel. Mais si l'on prend soin d'éliminer ceux-ci, dont la place est d'ailleurs déjà faite, on trouvera encore dans la clinique, comme l'a démontré M. Besnier, un moyen de

(1) J'ai décrit pour la première fois le rhumatisme typhique dans un travail intitulé : « Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrites purulentes généralisées. » (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1881.)

(1) Bourcy. *Des déterminations articulaires des maladies infectieuses (pseudo-rhumatisme infectieux).* Thèse de Paris, 1883.

---

siques de régiment et de bord constitue un véritable instrument d'hygiène. On évitera de les laisser constamment confinés dans un espace mal aéré. La discipline s'attachera à ne pas être d'une sévérité extrême et tracassière. On veillera à ce que la propreté soit toujours parfaite. On cherchera à atténuer l'action du froid et de l'humidité. On procurera aux hommes des vêtements suffisants et bien compris. Mathelin réclame aussi avec raison qu'on exerce un contrôle efficace sur la marine marchande. Avant le départ du navire, on devrait s'assurer, par une inspection rigoureuse, de la qualité des vivres, de la bonne installation du bord et du parfait équipement des hommes. »

« Enfin, quoique dans le monde savant on n'admette pas en général la contagiosité du scorbut, il ne faut pas oublier que pour le public elle n'est pas douteuse et que souvent la science s'est vue, à la longue, obligée de lui donner raison; il faut songer qu'il en a été ainsi déjà pour la tuberculose. Pourquoi, dès lors, ne pas prendre certaines précautions faciles et non onéreuses, telles que : beaucoup de propreté et de surveillance dans l'usage des ustensiles; réunir dans une infirmerie ou dans une partie du bâtiment les hommes déjà atteints et supprimer autant que possible les relations avec les hommes sains; dans le cas de débarquement, placer tous les scorbutiques dans une même salle de l'hôpital, pendant que les valides se dissémineront dans la ville ou la campagne, pour y trouver de bonnes conditions d'alimentation et d'aération. Pour justifier ces derniers conseils, je pourrais m'appuyer sur les assertions de Pétrone, qui dit avoir observé des cas de contagion, et sur les expériences de Murri qui, après avoir inoculé du sang de scorbutique à des animaux, a vu se former des macules hémorrhagiques sur leurs oreilles et des foyers sanguins dans divers viscères. Mais il est à remarquer que ces animaux avaient été tués par le bulbe et que, d'autre part, en clinique, la filiation est souvent difficile à établir. »

J'ai tenu à citer cette grande page du livre de M. Poincaré, pour bien faire apprécier par nos lecteurs l'esprit clinique et à la fois critique qui anime l'ensemble du volume.

A propos de la diphthérie et de son point de départ probable en Syrie et en Egypte (*mal égyptiac*), M. Poincaré place un aperçu pour le moins fort curieux, s'il n'est pas contestable, sur l'origine orientale de la plupart des maladies épidémiques. « Il est à remarquer que la plupart des maladies épidémiques nous sont venues

constituer avec les formes subaiguës du rhumatisme un groupe puissant d'une personnalité distincte, mais probablement transitoire.

En effet, les lésions articulaires y sont moins souvent symétriques; elles ont moins de prédilection pour les grosses jointures; les douleurs sont moins aiguës, mais plus rebelles, et coïncident avec des lésions articulaires plus profondes et plus tenaces. Les tissue périarticulaires sont aussi plus fréquemment intéressés que dans le rhumatisme articulaire aigu; la lésion tend en quelque sorte à s'extérioriser. La marche et l'évolution de ces arthropathies sont lentes; elles se résolvent moins facilement et moins complètement que celles du rhumatisme aigu et entraînent après elles des scléroses périarticulaires, des pseudo-ankyloses et diverses altérations fonctionnelles, d'où un point de contact non douteux avec le rhumatisme chronique. Enfin, les lésions viscérales y sont atténuées comme les phénomènes généraux.

C'est donc, à proprement parler, un hybride, et comme tel destiné à disparaître un jour, car vous savez le sort que la nature réserve à ces êtres imparfaits, et la médecine procède de même, en ne sanctionnant pas ce métissage. Cependant de grandes autorités, M. Charcot et M. Ernest Besnier, ont constitué ce groupe d'attente que la clinique impose; mais ils font prudemment remarquer que ce rhumatisme subaigu n'est qu'une forme de transition placée entre le rhumatisme aigu dont la gravité réside surtout dans les complications viscérales, et le rhumatisme chronique qui emprunte une grosse part de son pronostic aux manifestations articulaires.

Vous voyez, messieurs, que le démembrement du rhumatisme est aussi complet que possible et que le type aigu a subi lui-même de fortes atteintes. Or je vais essayer de vous démontrer qu'on peut l'amoindrir encore et que bon nombre de cas, tout en présentant l'apparence du rhumatisme aigu, s'en éloignent pourtant par des différences si tranchées qu'on est en droit de les classer à part, au nom de la clinique comme de l'étiologie. La malade dont je veux vous entretenir peut être considérée comme le type de l'une de ces classes qui doivent être distraites, selon moi, de l'unité rhumatismale.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Calcul prostatique et rétrécissement du canal de l'urèthre. — Uréthrotomie interne et taille prérectale, par le docteur Locquin, chirurgien adjoint à l'hôpital général de Dijon.

L'observation suivante se réduit à une taille prérectale précédée d'une uréthrotomie interne; cependant certaines particularités tenant à la forme et à la situation des calculs, à l'impossibilité d'introduire une sonde exploratrice dans la vessie et de faire un diagnostic complet la rendent, je crois, assez intéressante pour qu'elle vaille la peine d'être publiée.

Le jeune Royer fut taillé une première fois à l'âge de deux ans et demi par le docteur Brulet, chirurgien à l'hôpital de Dijon, puis une seconde fois à l'âge de trois ans pour des calculs phosphatiques. J'étais alors interne à l'hôpital et je me rappelle parfaitement avoir assisté à la dernière de ces opérations. La vessie était littéralement pleine de concrétions. Le procédé employé avait été la taille latérale gauche.

A partir de cette époque, l'enfant fut délivré de son ténesme vésical qui le portait sans cesse à s'accroupir, mais il conserva une incontinence d'urine qui se produisait pendant le jour et cessait dès qu'il était couché. Il se développa lentement, tantôt aidant ses parents aux travaux de la campagne, tantôt se plaçant comme domestique dans les fermes du voisinage d'où son infirmité le faisait bientôt renvoyer. Il atteignit ainsi l'âge de 19 ans, époque à laquelle il contracta une blennorrhagie qui le rendit fort malade et aggrava considérablement son état. L'incontinence, de diurne qu'elle était, devint continue; l'urine devint purulente et d'une odeur infecte, et la fièvre urineuse s'alluma.

C'est dans cet état que le malheureux se présenta à ma consultation. L'examen méthodique du canal me permit de constater un rétrécissement très serré en avant du bulbe, rétrécissement que je ne pus franchir qu'avec une bougie de petit calibre à bout contourné. A peine celle-ci avait-elle dépassé le rétrécissement, que j'éprouvai une sensation de frottement caractéristique. Elle glissait certainement le long d'un calcul, contre lequel des contractions spasmodiques la pressaient fortement, tant à l'aller qu'au retour. Par le toucher rectal, je

---

de l'Orient, c'est-à-dire des parties du globe où les populations se sont montrées de bonne heure condensées et marchant les premières dans la voie de la civilisation. C'est qu'en effet la civilisation orientale a toujours porté, avant tout, sur le bien-être, le luxe et la satisfaction des passions de quelques classes privilégiées, sans se préoccuper en rien de la santé publique. Les hideuses infractions aux lois de l'hygiène, qu'on rencontre dans toutes les villes asiatiques, en sont encore aujourd'hui la preuve. C'est qu'aussi la civilisation amène, ce qui n'existe pas chez les peuplades primitives, les agglomérations de masses épuisées par le vice et la misère. Elle multiplie en outre les relations internationales qui favorisent les échanges pathologiques, aussi bien que les échanges commerciaux. »

Sur les projets de vaccination pour les maladies infectieuses, M. Poincaré émet quelques objections sérieuses : « Ce qui, nous dit-il, reculera peut-être indéfiniment ce moment, c'est que la plupart de ces affections ne sont pas transmissibles aux animaux et qu'on n'a pas la ressource de pratiquer sur eux des expériences qu'on ne doit pas faire sur l'homme lui-même.

D'ailleurs, ajoute M. Poincaré, le succès sur les animaux ne ferait pas encore évanouir les craintes qu'on éprouve quand il s'agit de l'application à l'espèce humaine. Malgré les résultats obtenus sur les moutons pour le charbon, personne n'oserait prendre la responsabilité d'une inoculation sur l'homme. Enfin, en admettant que tous les vœux des partisans de la doctrine puissent jamais être comblés, on se demande s'il sera pratique et même s'il ne sera pas dangereux de soumettre chaque individu à une série de vaccinations préservatrices. L'homme se trouverait obligé de consacrer la plus grande partie de son enfance à subir les malaises et les troubles qu'entraîneraient ces opérations successives. »

Tandis que M. Bordier semble accepter et même accueillir avec enthousiasme toute nouvelle indication de microbes, M. Poincaré se tient sur la réserve. Il ne peut s'empêcher de dire à propos du béribéri : « *Trop de microbes*. Le courant tend à devenir trop fort et à nuire à la source réellement scientifique qui l'a fait naître. »

Mais quelle pureté de style et quelle netteté dans le livre de M. Poincaré ! Cette netteté est singulièrement augmentée par les 24 cartes qui ornent son volume; des cartes ayant, en effet, l'immense avantage de montrer d'un simple coup d'œil la distribution proportionnelle des principales maladies dans notre monde ter-

tronvai la prostate distendne par un calcul volumineux et qui, en certains endroits, paraissait être presque sous le doigt. Ce calcul était-il unique et s'était-il développé dans l'épaisseur de la prostate, ou n'était-il que l'expansion d'un ou de plusieurs calculs occupant le corps de la vessie? C'est ce qu'il était important, mais difficile de reconnaître, eu égard à l'impossibilité où je me trouvais d'introduire dans la vessie un explorateur solide quelconque. En déprimant fortement le périnée, j'atteignis le bas-fond de la vessie qui me parut souple et dépressible, et en combinant ce toucher avec le palper abdominal, je n'arrivai point à constater dans la vessie la présence d'un corpe dur et volumineux. J'étais ainsi à peu prés fixé. La vessie ponvait renfermer nn on plusienrs calculs, maie ceux-ci n'étaient point assez gros pour que la voie périnéale leur fnt interdite. En cela, je me trompais; mais l'erreur était, comme on le verra, fort excusable. Le plan de l'opération se trouvait tout tracé : inciser le rétrécissement pour passer le cathéter cannelé, ouvrir le périnée comme pour la taille de Dupuytren, débrider le bec de la prostate à droite et à gauche, dégager le calcul qui obstruait le passage, explorer l'intérieur de la vessie, laisser les choees en l'état, si je ne trouvais rien, achever la taille ei je trouvais quelque chose.

L'opération fut pratiqnée le 10 mars, en présence des docteurs Gautrelet, directeur de l'Ecole de médecine, Guérard et Fontagny. L'entrée du conducteur de Maisonneuve et la section du rétrécissement ne présentérent aucune difficnlté. Il en fut de même du cathéter.

Aprés avoir rencontré le calcul, il passa outre et entra d'emblée dans la vessie.

En matière de voies urinaires, il ne faut négliger aucun détail, et si je m'étais demandé pourquoi un cathéter volumineux glissait aussi facilement le long d'un calcul qui, l'avant-veille, serrait fortement une bougie filiforme, je me serais épargné une fausse manœuvre et un instant de surprise toujours désagréable. En effet, lorsque j'ens terminé mon incision prérectale et ponctionné l'urèthre, poursuivant ma première idée, je pris beaucoup de soin pour débrider avec nn bistouri boutonné, les deux côtés de la pointe de la prostate; et lorsqu'ayant retiré le cathéter, je glissai le doigt pour reconnaître mon calcul, je ne trouvai plus rien. La sonde l'avait refoulé dans la vessie.

Je reviens sur mon incision prérectale. Lorsqu'on étudie dans les traités de médecine opératoire les procédés de taille bilatérale, on a à choisir entre celle de Dupuytren et celle de Nélaton. La première expose à couper le bulbe, la seconde à ouvrir le cul-de-sac que forme la paroi antérieure du rectum, en quittant la prostate pour se réfléchir sur les fibres du sphincter. La perfection consiste donc à entrer dans la portion membraneuse en rasant le plus prés possible la racine du bulbe. Je n'ai trouvé indiqué nulle part un point de repère permettant d'obtenir ce résultat. Il en existe un cependant. C'est cette bandelette fibreuse étendue de la racine du bulbe à la paroi antérieure du rectum, donnant insertion, en avant, aux fibres du bulbo-caverneux, latéralement aux muscles transverses; en arrière, au sphincter anal et décrite sous le nom de raphé celluleux moyen. Lorsque l'on a incisé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle du périnée, ce qui peut se faire d'un seul coup, on entre dans la loge périnéale inférieure. En explorant avec le doigt l'intérieur de cette loge, on sent parfaitement le bord inférienr dn raphé, et on peut l'isoler latéralement jusqu'à son poinz d'insertion sur le bulbe. C'est précisément en ce point qu'il faut le sectionner (1). Le bulbe se laisse alors assez facilement relever en haut, et l'on a sous le doigt la cannelure du cathéter.

Cette digression nous a fait un peu oublier notre calcul.

Ce calcul a une forme bizarre. Il ressemble à un os astragale dont l'extrémité antérieure serait allongée, amincie et recourbée en pointe de soulier. Il mesure 5 centimètres de longueur et à sa base 7 centimètres de tour. Sa face antérieure est creusée d'une sorte de gouttière résnltant probablement du passage de l'urine. Sa base, taillée obliquement, est marquée d'une facette large comme une pièce de vingt centimes, polie comme une surface articnlaire et produite certainement par le frottement d'un autre calcul. Celui-ci n'était point facile à trouver. Caché derrière le pubis, presque complètement enveloppé par les replis de la muqueuse, il appuyait par sa pointe sur la base du premier. Pour l'engager dans

(1) Le docteur Etienoe (Thése d'agrégation, 1883) iodique bien que, dans les divers procédés de taille prérectale, on iocise cette aponévrose d'insertion qu'il nomme bandelette musculaire anorectale, mais il n'insiste pas sur l'importance qu'il y a à l'isoler et à la suivre jusqu'à son extrémité antérieure.

---

restre. Contrairement au livre de M. Bordier qui nous donnait de petites cartes fractionnées et se rapportant exclusivement au sujet traité dans tel ou tel chapitre, ici nous avons toujours la même carte sur laquelle est indiquée, par un coloris plus ou moins foncé, la fréquence plus ou moins grande de chaque maladie dans les divers pays du globe. On ne saurait croire combien cette idée d'avoir reproduit la même carte dans tout le volume facilite l'intelligence du sujet en favorisant la comparaison.

En résumé, le travail de M. Poincaré rendra de très grands services aux médecins et aux hygiénistes.

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 10 juin 1885, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Moodon et Foucaud, médecins de deuxième classe de la marine.

∴

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 3 juin 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine : de Montgolfier, Matignon, Taleb-beo-Mustapha-Ould-Morsly, Année, Largeau, Aussenac, Breillot, Pellerin, Oudaille, Mengarduque, Voituriez, Levassor, Pedrono, Guyot, Loumeau, Lejeune, Rouch, Deschamps, Herveou, Poizat, Mavel, Tardieu, Queriaud, Chauvet et Schuhl.

— Par décision ministérielle, M. Didiot, inspecteur général, est désigné pour procéder à l'inspection de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 13 juin 1885, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour le corps du Tookin, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Pascal, Cardot, Coste, Darré, Gérardin, Boppe, Couillault, Lejeune, Courtois.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Salebert, Bordes-Pagés, Rivière, Nicolas, Lapasset, Lhéritier de Chezelle.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 8 juin, MM. Rochefort et Reynaud, médecins de première classe, sont nommés médecins priocipaux.

les tenettes courbes, je fus obligé d'appuyer fortement la main au-dessus du pubis.

A en juger par l'écartement des branches de l'instrument et le volume des débris qu'il fournit, il était gros comme un petit œuf de poule. Il se brisa fort heureusement dans les efforts que je fis pour l'extraire.

La taille hypogastrique m'aurait amené directement sur lui, et il est fort probable que, si j'avais soupçonné sa présence, j'aurais employé ce procédé.

La vessie bien lavée, persuadé que je ne laissais rien derrière moi, je fis reporter l'opéré dans son lit. Je n'avais pas mis de sonde dans le canal pour éviter toute cause de résorption.

Les suites furent très heureuses ; il n'y eut pas de fièvre, et vers le dixième jour, l'urine commençant à s'écouler par le canal, je jugeai prudent de voir ce qu'était devenue mon uréthrotomie. Je passai une bougie et, à ma grande confusion, je retrouvai les mêmes frottements qu'à ma première exploration.

Le bulbe était plein de fragments, fragments qui s'y étaient introduits au moment de l'extraction du second calcul. Je laissai la bougie à demeure. Fort heureusement, le malade, qui s'était énergiquement refusé à l'introduction de la pince uréthrale, enleva le lendemain la sonde qui le gênait et pissa à sa suite les trois fragments que j'avais constatés la veille.

En tout cas, je crois qu'après toute taille il est sage, avant de reporter le malade dans son lit, de repasser un cathéter dans le canal. Cela n'est ni difficile ni dangereux. Pour ma part, je n'y manquerai pas.

L'analyse des calculs faite par M. Faillot, pharmacien, a montré qu'ils étaient formés de phosphate ammoniaco-magnésien presque pur. Une analyse de l'urine, faite un mois après, donnait du mucus, quelques globules de pus et quelques traces de phosphate.

Le malade garde facilement ses urines pendant cinq ou six heures. Il ne mouille plus ni son linge ni son lit. Il est intéressant de remarquer avec quelle rapidité le sphincter vésical largement distendu depuis de longues années a recouvré sa tonicité et l'intégrité de ses fonctions.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE, par Paul BOURDEL, interne des hôpitaux (1). — II. SUR LA PATHOLOGIE DE LA PSEUDO-HYPERTROPHIE MUSCULAIRE AVEC REMARQUES SUR UNE PRÉTENDUE DÉGÉNÉRESCENCE DU SYSTÈME NERVEUX, par G.-S. MIDDLETON (2). — III. ATROPHIE MUSCULAIRE HÉRÉDITAIRE ET PSEUDO-HYPERTROPHIE DES MUSCLES, par le professeur SCHULTZE, de Heidelberg (3). — IV. PSEUDO-HYPERTROPHIE ET ATROPHIE MUSCULAIRE CHEZ LES ENFANTS, par JAKUBOWITSCH (4). — V. SUR L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE HÉRÉDITAIRE, par F. ZIMMERLIN (5).

(1) REVUE MENSUELLE DES MALADIES DES ENFANTS, février, mars, avril 1885.
(2) THE GLASCOW MED. JOURNAL, août 1884, n° 2.
(3) NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1er décembre 1884, n° 13.
(4) DISSERTATION INAUGURALE, Petersbourg 1884; analysée *in* : NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1884, n° 12, p. 279.
(5) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. VII, p. 15, 1884.

I. M. Bourdel ayant observé dans le service de M. Cadet de Gassicourt quatre malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique, a récemment publié ces cas nouveaux d'une affection que le médecin, même dans les hôpitaux d'enfants, a rarement l'occasion d'étudier.

L'affaiblissement des mouvements volontaires siégeant généralement, au début, dans les muscles moteurs des membres inférieurs, et dans les spinaux lombaires, plus tard dans les membres supérieurs, l'abolition des mouvements ; la disparition des fibres musculaires primitives dans les muscles lésés, l'hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel de ces muscles, la production plus ou moins abondante de vésicules adipeuses au milieu de ce tissu, d'où résulte une augmentation de volume de quelques-uns ou de presque tous les muscles paralysés ; telles sont les différentes phases par lesquelles passe le malade frappé de paralysie pseudo-hypertrophique.

Les auteurs divisent cette affection en trois périodes : une période d'affaiblissement des mouvements ; une période d'hypertrophie musculaire apparente ; une période de généralisation et d'aggravation de la paralysie. Or, il se trouve que M. Bourdel a eu la bonne fortune de soigner des petits malades à des périodes diverses : un de ces enfants était au début de l'affection, deux autres à la phase d'état, et le dernier était un type de la troisième période. Aussi la lecture de ces observations, recueillies avec un soin tout particulier, donne-t-elle une idée très nette de la maladie ; et ces quatre cas forment un ensemble très complet et très intéressant, tant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, l'emporte-pièce de Duchenne (de Boulogne) ayant permis d'étudier les lésions des muscles sur le vivant.

L'auteur termine son travail par un exposé de l'état des connaissances actuelles sur les lésions anatomiques et de la pathogénie de cette affection, dans laquelle, malgré les assertions de quelques médecins allemands, la moelle a toujours été trouvée absolument intacte, d'après les recherches de M. le professeur Charcot et d'autres anatomo-pathologistes.

II. Les deux observations de MIDDLETON corroborent cette dernière opinion. Les résultats fournis par l'examen histologique de la moelle, à l'autopsie des deux malades de Middleton, avaient fait croire à l'existence d'une altération de la substance nerveuse, qui n'était en fin de compte que la conséquence du durcissement de la moelle dans l'alcool. Les nerfs périphériques étaient d'une intégrité parfaite.

III. Le professeur Schulze (de Heidelberg) donne une relation concise de l'histoire pathologique d'une famille dont quatre membres ont été atteints d'une atrophie musculaire progressive. Deux de ces malades, des frères, sont encore en vie ; un troisième frère et un oncle sont morts, tous deux ayant eu les symptômes de l'atrophie musculaire progressive. Le grand-père et la grand'mère maternels des deux malades encore vivants étaient cousins issus de germains. Il n'y avait pas eu de maladie nerveuse ou d'autre vice héréditaire connu parmi les ascendants. Ce premier couple avait donné naissance à plusieurs enfants, dont un garçon, l'oncle des malades dont il va être question, avait été frappé dès son jeune âge d'atrophie musculaire progressive. Une des filles a épousé un homme bien portant et sans tare héréditaire ; elle a donné le jour à cinq garçons dont trois ont été atteints d'atrophie musculaire progressive. L'un est mort, comme il a été dit déjà, à l'âge de trente-six ans. Des deux autres, l'aîné avait trente-

quatre ans, le plus jeune vingt-quatre ans au moment de la publication de ces détails. Tous les deux ont présenté les premiers symptômes de la maladie à l'âge de huit ans; pendant la marche, il leur arrivait de plier sur les jambes, surtout lorsqu'ils montaient des escaliers. Les progrès de la maladie ont été très lents; les membres supérieurs n'ont été envahis que plus tard; chez l'aîné des malades, l'affection présentait les caractères de la pseudo-hypertrophie musculaire; chez le plus jeune, ceux de l'atrophie musculaire vulgaire. L'intelligence et la sensibilité étaient intactes: pas de douleurs, pas de tremblements fibrillaires. Le réflexe patellaire était aboli chez le plus jeune des deux frères.

Le professeur Schulze se rallie à l'opinion suivant laquelle la pseudo-hypertrophie et l'atrophie musculaire progressive héréditaire commune ne sont que deux variantes d'un même processus, lequel n'intéresse pas primitivement l'appareil nerveux, mais réside dans une myopathie primitive. Il combat les prétentions de Leyden et de Mœbius qui ont scindé l'atrophie musculaire progressive héréditaire en deux formes: l'une qui débute dès la première enfance, qui envahit d'abord les membres inférieurs et qui frappe le sexe masculin avec une prédilection marquée; l'autre, plus fréquente chez les filles, commençant par les membres inférieurs, et qui ne débute qu'après la puberté. Ces deux formes peuvent se rencontrer chez des malades de la même famille (Barsukow); donc elles ne se rapportent pas à des processus distincts.

Dans une note additionnelle, Schulze fait savoir que, d'après les renseignements fournis par le médecin qui a soigné le plus jeune des deux malades en 1869, ce dernier avait présenté à cette époque un développement insolite de certains groupes de muscles qui plus tard ont été frapés d'atrophie.

IV. Le travail de M. Jakubowitsch comprend une étude de la pseudo-hypertrophie et de l'atrophie musculaire progressive, basée sur deux observations qui concernent de petits enfants âgés l'un de deux ans et demi et l'autre de quatre ans. Les conclusions de l'auteur sont conformes aux vues de Schulze. Des fragments de muscles extirpés en différentes régions du corps à l'aide de l'emporte-pièce, ont fait l'objet d'un examen histologique minutieux. Cet examen a démontré que chez le même malade et à la même période de la maladie, certains muscles sont envahis par les altérations (lipomatose proliférante) caractéristiques de la pseudo-hypertrophie, tandis que d'autres présentent les altérations propres à l'atrophie musculaire progressive. L'auteur en conclut que ces deux formes cliniques sont des expressions communes d'un même processus anatomo-pathologique.

D'autre part, des examens d'urine, pratiqués comparativement chez les deux petits malades en question et chez d'autres enfants du même âge et en bonne santé, ont montré que chez ceux-là l'urine renfermait l'urée, l'acide urique, la créatinine et le chlorure de sodium en proportions moindres, et l'acide sulfurique en proportions plus considérables. L'auteur voit dans ce fait la preuve d'un ralentissement des échanges nutritifs et en particulier de la désassimilation des principes albuminoïdes. Des déterminations thermométriques ont fait constater un abaissement de température dans les masses musculaires périphériques, ce qui vient à l'appui de l'hypothèse d'un ralentissement de la nutrition. C'est ce trouble nutritif qui constitue aux yeux de l'auteur la cause première de la maladie, dans laquelle Jakubowitsch se refuse à voir une affection primitive de l'appareil nervo-musculaire.

V. Zimmerlin relate une série d'observations d'atrophie musculaire progressive héréditaire qui diffèrent, sous certains rapports, des types décrits jusqu'à ce jour. Un premier groupe concerne une famille Loosli, avec 5 enfants, dont 4 (2 garçons et 2 filles) sont atteints d'atrophie musculaire progressive. La maladie a débuté chez les quatre enfants après la puberté (entre 17 et 23 ans); l'atrophie a envahi simultanément et symétriquement les deux moitiés du corps, se localisant de préférence dans certaines masses musculaires de la moitié supérieure du tronc (grands-dentelés, pectoraux, biceps, triceps, extenseurs et supinateurs de l'avant-bras). Elle a respecté les muscles des éminences thénar et hypothénar et des interosseux, et les membres inférieurs. Il s'agissait d'une atrophie musculaire simple, sans lipomatose. Pas de contractions fibrillaires; mais, à l'exploration électrique, les signes de la réaction de dégénérescence. Ces cas diffèrent donc du type Duchenne-Aran par l'absence d'atrophie aux membres inférieurs et l'absence de lipomatose, par la non participation des muscles des éminences thénar et hypothénar, par l'intervention de l'hérédité; ils se rattachent étroitement à la forme juvénile d'atrophie musculaire progressive décrite par Erb.

Le second groupe se rapporte à une famille Schumacher dont trois enfants sur six sont atteints d'atrophie musculaire progressive; les trois malades sont des garçons, les trois autres enfants des filles. Deux des garçons ont présenté les premiers symptômes de la maladie à l'âge de la puberté (13 et 15 ans); chez eux, l'affection offre les mêmes caractères que chez les malades du groupe précédent. Chez le troisième, l'atrophie s'est montrée à l'âge de 7 ans aux muscles des lombes d'abord, puis aux membres inférieurs; plus tard, elle a gagné les membres supérieurs et jusqu'aux muscles de la face. Il n'y a pas eu de signe de pseudo-hypertrophie. Malgré cela, ce cas se rapproche sensiblement du type Duchenne-Aran, et l'auteur conclut que les différents types d'atrophie musculaire ont entre eux des affinités très étroites. Zimmerlin penche pour l'opinion qui fait de l'atrophie musculaire progressive une myalgie protopathique.

E. R.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Bericht ueber die allgemeine deutsche Austellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesen. Compte rendu de l'Exposition allemande d'hygiène, tenue a Berlin en 1882-1883. (Ouvrage publié sous la direction de M. P. Bœrner, t. I, Breslau, 1885, S. Schottlænder, éditeur.)

Le titre énoncé ci-dessus indique suffisamment le but et la destination de l'ouvrage dont nous allons rendre compte. Nous n'avons pas à insister sur le rôle considérable qui revient à l'hygiène considérée dans ses rapports complexes avec la santé publique et le bien-être social. Cette importante auxiliaire de notre art, trop longtemps reléguée à un rang secondaire, est en train de conquérir dans les préoccupations des médecins, des hommes de science et des gouvernants une place prépondérante, mais légitime. Son rôle ira grandissant avec les progrès de la civilisation. Car, à mesure qu'elles se multiplient, les industries créent des causes nombreuses

d'insalubrité. Les moyens de transport, qui vont chaque jour se développant, favorisent, dans une large mesure, les grandes agglomérations humaines au sein desquelles naissent et règnent tant d'influences délétères qui menacent la santé et l'existence des individus à tous les âges de la vie. Les relations internationales, tous les jours plus actives, facilitent la propagation des fléaux qui, sous forme d'épidémies meurtrières, ont désolé l'humanité à toutes les époques de son histoire. Ce sont des circonstances de ce genre qui ont créé des besoins nouveaux et, en premier lieu, la nécessité de mieux armer les individus et les masses dans la lutte perpétuelle et de plus en plus ardue engagée pour l'existence. Un mouvement d'innovations et de réformes, en rapport avec ces besoins nouveaux, est né dans la première moitié de ce siècle, en Angleterre d'abord, d'où il s'est étendu en France, à l'Allemagne et au reste de l'Europe. Aujourd'hui, une noble émulation règne entre la plupart des nations civilisées du vieux continent, qui les pousse à rechercher et à mettre en pratique sous la sanction des lois, les mesures les plus propres à préserver la santé publique, la santé et l'existence de l'individu.

Dans le but de stimuler cette émulation et pour dresser le bilan des progrès accomplis dans cette voie, on a eu l'heureuse idée d'organiser des expositions d'hygiène, qui tendent à devenir annuelles. L'avant-dernière en date, qui a été une des plus complètes, s'est tenue à Berlin en 1882-1883. On sait qu'elle a été interrompue à ses débuts par un incendie qui a détruit une partie considérable des installations; au bout d'un an, l'exposition renaissait de ses cendres, et le succès final a couronné la persévérance des organisateurs.

L'ouvrage publié sous la direction de M. P. Bœrner, et dont la première partie vient de paraître, est donc destiné à consacrer le souvenir de cette exposition, à fournir, aussi bien à la masse des gens instruits et des médecins qu'aux hygiénistes de profession, les moyens de se rendre un compte exact de ce qui a été fait jusqu'à ce jour, en Allemagne surtout, dans le domaine de l'hygiène publique et privée. Grâce à l'heureux choix des collaborateurs et à la compétence spéciale de celui qui a eu la haute main dans l'exécution de l'ouvrage, celui-ci semble devoir constituer une sorte d'encyclopédie des choses qui ont trait à l'hygiène et aux questions sanitaires, aussi agréable à lire qu'intéressant à consulter, étant donné surtout le grand nombre de planches qui ornent ce premier volume. En présence d'un ouvrage grand format de près de 600 pages de texte, et par suite de la complexité des matières traitées, il nous est impossible, faute d'espace, d'entreprendre une analyse détaillée. A notre grand regret, nous sommes réduits à donner les titres des différents chapitres dont l'ordre est en rapport avec celui des groupes qui composaient l'exposition. Mais pour mettre nos lecteurs à même de se faire une idée plus exacte de l'intérêt et de la valeur du livre, nous nous réservons d'en extraire et de publier sous forme de feuilleton les renseignements qui se rapportent à l'organisation et au fonctionnement de l'Office sanitaire de Berlin, dont il a tant été question dans ces dernières années.

Voici maintenant l'indication des chapitres contenus dans ce premier volume :

I. *Recherches et enseignement dans le domaine de l'hygiène théorique et pratique.*

1° Les rapports de la physiologie et de l'hygiène, par le professeur Christiani;

2° L'enseignement de l'hygiène dans les établissements d'enseignement supérieur, par le docteur Wolffhügel;

3° Le pavillon de l'Office sanitaire impérial, par le professeur Sell et le docteur Lœffler;

4° Outillage pour instituts d'hygiène, par le professeur Fritsch, A. Grüner et le docteur Wolffhügel;

5° Le pavillon météréologique et les instruments de météréologie, par le docteur Lœvenherz.

II. *Alimentation et diététique, aliments, régime alimentaire,* par les professeurs Kœnig et Sell.

III. *Hygiène du jeune âge.*

1° Hygiène du nourrisson. Soins à donner à la mère et au nouveau-né, par le docteur Baginsky;

2° Alimentation des enfants, par les docteurs Baginsky et S. Guttmann;

3° Hygiène scolaire, par le docteur Baginsky.

IV. *Vêtements, hygiène de la peau. Etablissements de bains, lavoirs.*

1° Vêtements :

a Industrie linière, par le docteur P. Bœrner.

b Chaussure, par le docteur Beely.

2° Etablissements de bains et lavoirs.

V. *Etablissements humanitaires. Assistance des pauvres,* par M. H. Albrecht.

VI. *Etablissements pénitentiaires. Etablissements de correction,* par M. Volkmann.

VII. *Habitat,* par M. F.-O. Kuhn.

1° Maisons d'habitation;

2° Hôtels et maisons meublées;

3° Casernes.

VIII. *Appendice contenant des détails sur l'organisation et la partie économique de l'exposition et sur les récompenses accordées aux exposants.*

Il n'est pas superflu d'ajouter que l'ouvrage est édité avec un luxe exceptionnel. Les planches, au nombre de 180, sont remarquables d'exécution; nous signalerons en particulier celles qui représentent les cultures, sur tranches de pommes de terre, de différentes variétés de microbes, et qui sont de véritables chefs-d'œuvre de chromo-lithographie. Bref, cette première partie de l'ouvrage fait honneur, à tous les points de vue, à ceux qui y ont collaboré sous la savante direction de M. P. Bœrner.

E. Ricklin.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action du fer dans la chloro-anémie. — Le fer est le médicament de l'anémie, que celle-ci soit idiopathique et relève de causes diverses, ou bien qu'elle se rattache, à titre de symptôme, à un état morbide qui retentit sur la composition du sang. C'est dire combien est étendu le champ des applications des ferrugineux et l'intérêt clinique qui s'attache à la possession complète du parti qu'on peut en tirer.

Des études récentes très remarquables ont éclairé d'un jour tout nouveau cette importante question, et démontré que le fer est certainement un élément essentiel d'hématopoièse.

Dans la chlorose, il régénère les globules sanguins malades, leur

donne plus de couleur physiologique et les rend plus riches en matière colorante.

Grâce à ces récents travaux, on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas l'evolution de la réparation hématique sous l'influence du fer, lorsqu'on fait usage d'une préparation physiologique nettement définie. C'est une erreur, comme l'observation l'a démontré, d'administrer des ferrugineux inertes ou qui ne penvent se modifier dans l'estomac. Il est infiniment préférable de donner, toute faite, la préparation qui doit résulter de l'action du suc gastrique.

C'est le but que s'est proposé le docteur Rabuteau en composanr des produits contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Les observations recueillies à ce sujet sont concluantes.

Parmi ces observations, nous relatons les suivantes, qui présentent un intérêt tout spécial :

Obs. I. — Une femme, âgée de 29 ans, était entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne) dans un état de chloro-anémie profonde, déterminé par des hémorrhagies utérines répétées. On lui fit prendre divers ferrugineux et du seigle ergoté sans obtenir de succès. On lui administra ensuite les dragées de fer Rabuteau, à la dose de quatre par jour. Le mieux se manifesta rapidement ; au bout de dix jours, les lèvres de cette femme, tout à fait pâles auparavant, étaient déjà rosées ; le bruit de diable, produit dans les vaisseaux, avait considérablement diminué ainsi que les douleurs névralgiques dont la malade souffrait ; enfin, l'appétit avait augmenté notablement, et la digestion s'opérait sans la moindre douleur. Les hémorrhagies utérines disparurent et, après un mois de traitement, cette femme quittait l'hôpital dans un état tout à fait satisfaisant.

L'assimilation du médicament était complète, car il n'y avait eu ni diarrhée ni constipation, et les selles présentaient une coloration normale.

Obs. II. — Une femme, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital, atteinte de cette variété d'anémie appelée *anémie des cuisiniers.*

On sait que cet état morbide est produit par l'action de l'oxyde de carbone, et qu'il est grave. Cette femme présentait une exagération de tous les symptômes de la chloro-anémie. Dès son admission, elle prit le fer Rabuteau, d'abord en dragées, à la dose de quatre par jour, ensuite sous forme d'élixir, pour favoriser la digestion et ramener l'appétit.

Au bout de quinze jours de traitement, l'état de la malade était notablement amélioré ; sa face et ses mains, qui étaient complètement pâles lors de son entrée à l'hôpital, étaient déjà légèrement colorées; l'appétit était bon ; les bruits de souffle dans le cœur et dans les vaisseaux avaient disparu. Enfin, après vingt-cinq jours de traitement, la malade était guérie complètement. Les règles qui étaient supprimées avaient reparu.

Le médicament avait toujours été très bien toléré ; il n'avait pas produit la moindre constipation.

A l'hôpital des Enfants, le sirop de fer Rabuteau a été administré à des petits malades qui, tous, l'ont pris avec plaisir à cause de son goût aromatique agréable.

Sous l'influence de ce ferrugineux, l'appétit fut stimulé ; les couleurs roses reparurent et, pendant la durée du traitement, on n'a pas observé le moindre trouble intestinal.

Les observations qui précèdent démontrent suffisamment tous les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du fer, lorsqu'il est administré sous la forme qu'il doit revêtir en dernière analyse pour pénétrer dans l'économie et y être complètement assimilé ; prochainement, nous reviendrons sur cette intéressante question.

(*Union médicale.*)

NOTES & INFORMATIONS

LE CHOLÉRA ET LES INOCULATIONS EN ESPAGNE. — Le choléra semble s'étendre en Espagne. De la province de Valence, il a gagné celles d'Alicante, de Castillon, de Murcie. Quelques cas plus que suspects ont été observés à Madrid, où l'existence du fléau vient d'être l'objet d'une déclaration officielle. Le docteur Ferran a repris ses inoculations dans la province de Valence sous le contrôle de la Commission officielle envoyée par le gouvernement. Ce n'est pas encore le moment d'examiner et de discuter la technique qui permet à notre confrère espagnol d'obtenir un virus cholérique suffisamment atténué pour que l'inoculation qu'on en fait ne produise pas d'accidents mortels ou même graves et cependant suffisamment actif pour qu'il confère l'immunité. La plupart des pays de l'Europe et récemment la France ont envoyé des délégués à Valence, pour étudier la pratique des inoculations; il est plus sage d'attendre les rapports de ces délégués qui, mieux que les médecins espagnols, pourront se soustraire soit aux entraînements de l'enthousiasme, soit à l'influence d'une opposition systématique. En attendant, nous nous bornerons à faire connaître les résultats statistiques des inoculations, tels que les publient les journaux de médecine espagnols, on tels que le docteur Ferran nous les enverra lui-même, ainsi qu'il a bien voulu nous le promettre.

A Alcira, sur 16,000 habitants, 8,794 personnes ont été vaccinées, et les relevés statistiques donnent les résultats suivants :

	Non inoculés.	Inoculés.	Réinoculés.
Invasions	118	14	8
Guérisons	47	10	7
Décès	56	3	0
En traitement. . .	15	1	1

A Algemesi, population 7,856 habitants, vaccinés 893 :

	Non inoculés.	Inoculés.
Invasions	263	8
Guérisons	136	7
Décès	92	1
En traitement. . . .	35	0

D'après les dernières nouvelles, l'extension de l'épidémie ferait des progrès et le gouvernement serait disposé à faire de nouveau surseoir aux inoculations du docteur Ferran jusqu'après le rapport de la Commission.

— Le ministre du commerce a décidé d'envoyer une mission en Espagne pour étudier sur place la vaccination du choléra.

Cette mission est composée de : MM. Brouardel, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil d'hygiène publique de France ; Roux, chef du laboratoire de M. Pasteur, qui a fait partie de la mission envoyée en Égypte, lors de l'épidémie cholérique ; Albarram, interne des hôpitaux de Paris.

La mission partira très prochainement.

— CONFÉRENCE SANITAIRE DE ROME. — La conférence sanitaire de Rome a terminé ses travaux. Quelques organes de la presse ont fait connaître par lambeaux certains résultats de ses délibérations. Nous avons préféré attendre de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs l'ensemble du nouveau code international arrêté par la Commission. Les délégués français nous en fourniront sans doute bientôt l'occasion par le rapport qu'ils ne peuvent manquer de faire à l'Académie de médecine ou au Comité consultatif d'hygiène.

— INAUGURATION DU NOUVEL HÔPITAL DU HAVRE. — L'inauguration du nouvel hôpital du Havre, ajournée une première

fois à cause des obsèques de Victor Hugo, a eu lieu dimanche dernier. La municipalité avait invité à cette inauguration et au banquet qui l'a suivi des représentants de l'Académie de médecine, de la Société de médecine publique, de la presse politique et scientifique; l'affluence était nombreuse et l'hospitalité reçue par les invités a été des plus cordiales. Ils ont visité avec le plus vif intérêt le bureau municipal d'hygiène, le dispensaire du docteur Gibert, le dispensaire Dollfus, les cités ouvrières, établissements qui font le plus grand honneur à l'initiative privée et au concours intelligent et dévoué de la municipalité. Le nouvel hôpital, bâti suivant le système Tollet, sur le versant sud de la côte d'Ingouville, réalise tous les progrès de l'hygiène hospitalière et servira désormais de modèle aux établissements de ce genre. Les avantages qu'il présente au point de vue économique ne sont pas moindres. Les dépenses totales d'acquisition de terrain, de construction et d'aménagement s'élèvent à 1,875,000 francs pour 312 lits, ce qui met le lit à environ 6,000 francs. Que nous sommes loin des chiffres de l'Hôtel-Dieu de Paris!

Au banquet, qui a réuni 200 convives, on a entendu et applaudi le maire du Havre, M. Siegfried; M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure; M. Ulysse Trélat, président de la Société de médecine publique; M. Monod, préfet du Calvados; M. Verneuil. La question d'un ministère, ou tout au moins d'une direction de la santé publique, a été mise en avant et a réuni tous les suffrages. Elle ne peut manquer tôt ou tard de s'imposer à nos gouvernants. Tous ceux qui ont assisté à cette fête en ont emporté le meilleur souvenir avec un sentiment de reconnaissance pour la ville du Havre de marcher si résolument dans la voie du progrès et de donner l'exemple à nos villes françaises pour tout ce qui concerne l'hygiène et l'assistance publiques.

— La Conférence des avocats s'est réunie la semaine dernière, sous la présidence du bâtonnier de l'Ordre, pour discuter la question suivante :

« Ceux qui exercent une même profession libérale peuvent-ils se constituer en syndicat, conformément à la loi du 22 mars 1884? »

La Conférence a adopté la négative.

— M. Frédéric Bordas, naturaliste, est chargé d'une mission zoologique aux îles Mascareignes, Seychelles et Comores.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaborit, décédé à Pisany dans sa soixante-seizième année.

— Des renseignements erronés reçus à la dernière heure nous ont fait commettre, dans la Chronique du précédent numéro, une confusion de nom, que nous nous empressons de rectifier. Ce n'est pas le docteur P. Redard (de Paris), c'est son homonyme le docteur Redard (de Genève), qui a succombé dans le Jura, victime d'un accident. Notre collaborateur est en parfaite santé, et nous sommes heureux de le faire savoir aux nombreux amis qu'il compte parmi les lecteurs de ce journal.

***

Faculté de médecine de Lyon. — M. Trévoux est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1885, la chaire d'opérations et appareils de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1885, M. Maguin, sous-bibliothécaire délégué à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, a obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

***

École préparatoire de médecine de Caen. — M. Fayel, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie vacante à ladite École. — M. Gidon, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Fayel.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1885, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du 1er août 1883. — Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

***

Nomination. — M. le docteur Grimaud est nommé médecin-inspecteur de Barèges.

***

Assistance publique de Paris. — *Bureau central*. — Ont été nommés médecins du bureau, à la suite du concours terminé le 13 juin 1885, MM. Barié, Renault et Brocq. — M. Bresson a été nommé interne à Bercq-sur-Mer, à la suite d'un concours spécial.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juin, ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance de Paris :

MM. les docteurs Mallet, pour le XIIe arrondissement; Macqret, pour le XIVe arrondissement; Magnier, pour le XVIIe arrondissement; Dupré, pour le XXe arrondissement

***

Concours. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence ès sciences aura lieu, aux sièges des diverses Facultés des sciences de France, le mercredi 1er juillet prochain.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 12 juin 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Brossard, Aubert, Besson, Blanc, Arnaud, Charrin, Bordet, Eparvier, Darrigade, Domeck, De Molènes-Mahon, Bertrand, Babinski, Bouillard, Cénas, Audry, Coursier, Thasserd, Duhamel, Dérobert, Chambert, Carlet, Vialleton, Bonnet et Devaux.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 7 au samedi 13 juin 1885.

Fièvre typhoïde 10. — Variole 2. — Rougeole 40. — Scarlatine 1. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 18. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 45. — Phthisie pulmonaire 180. — Autres tuberculoses 33. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 49. — Bronchite aiguë 12 — Pneumonie 62. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 62. — au sein et mixte 23. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 99. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respira-

toire 36. — de l'appareil digestif 55. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 39. — Causes non classées 6. — Total de la semaine : 995 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé, avec l'étiologie de l'avortement, par le docteur G.-J. Martin Saint-Ange. — Paris, 1885, 1 vol. in-4 d'environ 240 pages avec atlas de 19 pl., dessinées d'après nature et chromo-lithographiées. cart. — Prix : 35 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Fous et Bouffons, étude physiologique, psychologique et historique, par le docteur Paul Moreau (de Tours) membre de la Société médico-psychologique de Paris. — Paris, 1885, 1 vol. in-12 de 275 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Electricité médicale. Etudes électrophysiologiques et cliniques, par le docteur Boudet, de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris. Premier fascicule : Considérations générales sur la fonction du muscle et sur les effets chimiques du courant de pile. Grand in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — L'ouvrage une fois complet, formera 600 pages avec 200 figures. Il sera publié en 3 fascicules. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon

L'allaitement maternel. — Conseils aux mères de famille, par le docteur Talbert, ancien inspecteur de la direction municipale des nourrices de la ville de Paris. In-18 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traitement du choléra. Leçons faites par le docteur Fabre, recueillies par le docteur Audibert. Un vol. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par P. Garnier. 20e année, 1884. Un fort volume in-12 de 750 pages. — Librairie Félix Alcan, éditeur, 108, boulev. St-Germain.

Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaque, par le docteur J. Babinski. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Des manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne, par le docteur M.-E. Galtier-Boissière. Brochure in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

La syphilis bactérienne, par le professeur Neisser, traduit et annoté par MM. P. Diday et A. Doyon. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctivite et des organes génitaux, par le docteur E. Richard. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Les Pansements et la mortalité, épidémie et contagion, ferments et microbes. — Leçons d'ouverture du cours de clinique chirurgicale (hôpital Necker, novembre 1884), par le professeur Léon Le Fort. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie F. Alcan, 108, boulev. St-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

Du PSEUDO-RHUMATISME DE SURMENAGE. — Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN, suppléant M. le professeur JACCOUD; recueillie par M. E. JUHEL-RENOY, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

II

Histoire d'un cas de pseudo-rhumatisme de surmenage. — Etiologie. — Absence d'antécédents rhumatismaux comme de toute influence du froid. — Particularités des manifestations locales et des symptômes généraux. — Détermination endo-péricardiaque. — Inutilité du salicylate de soude. — De la fatigue dans la genèse du rhumatisme. — Le surmenage peut créer des manifestations rhumatoïdes et des affections de cœur. — Exemples à l'appui. — L'étiologie et la clinique s'accordent pour différencier le pseudo-rhumatisme de surmenage du rhumatisme vrai. — Essai de pathogénie.

C'est une forte fille, originaire de la Bourgogne, et ne présentant aucun de ces attributs que nous ont décrits les historiens du rhumatisme. Personnellement, elle n'a jamais fait de maladies; elle est de souche absolument pure, et remarquez bien ce fait, elle n'a ni dans ses ascendants, ni dans ses collatéraux, non seulement aucun rhumatisant, mais encore aucun parent qui ait présenté l'une quelconque des affections qualifiées d'arthritiques. Donc si elle est réellement atteinte de rhumatisme, il faut admettre d'abord que la maladie est entrée chez elle par une porte inaccoutumée, et qu'elle-même est devenue spontanément rhumatisante, premier fait quelque peu insolite. Trouvons-nous ici le froid ou l'humidité, cette cause invoquée à juste titre depuis des siècles, comme présidant à l'éclosion du rhumatisme? Eh bien, messieurs, dans le tableau navrant que j'ai à vous faire de cette malheureuse malade, c'est l'unique couleur claire qu'il me soit permis d'apporter.

Elle habitait au troisième étage une chambre aérée, mais *nullement humide*. C'est la seule condition hygiénique favorable, vous disais-je, messieurs, qui ait accueilli cette pauvre campagnarde à son arrivée à Paris. Elle entre en condition, mais comment! Elle nous en a fait elle-même le récit d'une voix dolente, avec cette résignation des pauvres gens habitués à souffrir toutes les injustices sans murmurer. Elle était bonne, *bonne à tout faire*, dans la plus vaste acception du terme. Son maître, marchand de vins traiteur, lui faisait faire les plus rudes ouvrages. Elle allait, venait dans la maison, répandant partout une activité incessante qui ne prenait fin que bien tard dans la nuit. Elle remontait à deux heures du matin dans sa chambre, morte de fatigue, les jambes rompues par des montées et des descentes sans trêve, et deux ou trois heures au plus elle reposait. Dès cinq heures, elle était sur pied, lavant la boutique, débarbouillant les enfants, préparant les aliments des maîtres, lavant le linge; pour ce travail, que refuserait un homme robuste, elle gagnait vingt-cinq francs par mois et recevait une nourriture de qualité douteuse et parcimonieusement mesurée.

Est-il possible, messieurs, de rencontrer fatigue plus colossale, surmenage plus intense?

Et n'allez pas croire que ce martyre — car c'en est un — date d'hier! Il y a seize mois que cette vie dure. Cette robuste Bourguignonne, transplantée du grand air de ses champs dans cet enfer, a résisté quatorze mois. Mais, depuis deux mois, le fardeau est trop lourd pour ses forces amoindries; elle succombe à la tâche, pâlit, s'étiole, maigrit et perd l'appétit, en même temps qu'elle voit se déclarer une leucorrhée abondante qui l'épuise. Le 30 août dernier, comme une bonne bête de somme, elle donne son dernier coup de collier, puis elle s'abat; et, pour emprunter un terme à l'art vétérinaire, « elle est sur ses boulets »; je veux dire que ses genoux deviennent douloureux et lui refusent tout service. Le 31, elle veut se lever, se traine à son ouvrage, mais elle éprouve un malaise inoui, elle est baignée de sueurs froides; enfin, le soir, les genoux sont le siège d'une douleur vive; elle regagne sa chambre où, pendant deux jours, elle est abandonnée sans soins. Enfin, le 3 septembre, elle se présente à la consultation et est admise dans nos salles.

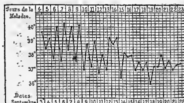
Je crois qu'il ne peut rester dans vos esprits aucun doute et vous admettrez avec moi que ce surmenage patent, certain, est bien et dûment la cause créatrice de ces douleurs. Retenez cette étiologie dont la précision paraît ici absolue, car elle sera l'un des éléments principaux sur lesquels je vais tenter d'établir la réalité du *pseudo-rhumatisme de surmenage*. On m'objectera que la fatigue figure au nombre des causes efficientes du rhumatisme vrai; à vrai dire, le fait est indéniable, et tout à l'heure je vous rappellerai les travaux de nos maîtres sur ce point; mais ce sur quoi j'insiste actuellement, c'est sur le surmenage comme étiologie unique d'une affection rhumatismale développée chez une malade qui ne présentait aucun antécédent arthritique héréditaire ou personnelle et chez laquelle le froid et l'humidité devaient être mis complètement hors de cause.

Et comme cette première particularité ne suffit pas pour justifier une nouvelle scission dans le rhumatisme, je vais m'adresser à la clinique, qui nous fournira de solides arguments.

Voyons d'abord les *manifestations locales*. Les seules articulations intéressées sont les deux genoux et la tibio-tarsienne gauche. Les genoux sont extrêmement gonflés: ils donnent l'impression d'une double hydarthrose; saillies, méplats, tout a disparu, et l'on y provoque la fluctuation avec la plus grande facilité. Et puis, il est un autre fait dont je vous ai donné la démonstration à plusieurs reprises, c'est l'indolence relative de ces grosses jointures. Tandis que je les explorais, vous pouviez voir que la pauvre figure craintive de notre malade n'exprimait nullement cette épouvante qui se peint sur le visage du grand rhumatisant aigu quand on touche à ses articulations. Vous avez le souvenir, en effet, de ces malades pâles, converts de sueurs, dont le regard anxieux suit vos moindres mouvements. A peine les approchez-vous qu'ils vous supplient de la voix et du geste de leur épargner tout mouvement; ils ont, comme nous disons, par une triste ironie, une douleur *exquise*. Or rien de semblable chez notre pseudo-rhumatisante. Sans doute elle souffre, et je ne vais pas prétendre que ses fluxions articulaires sont indolentes, mais enfin l'on peut les examiner, les malaxer même, avec une réelle facilité. Tout ceci s'applique aussi à l'articulation tibio-tarsienne, qui est cependant un peu moins gonflée que les genoux, et autour de laquelle vous remarquerez quelques papules d'érythème.

Ainsi donc, au résumé, état local caractérisé par des fluxions articulaires très peu douloureuses, avec épanchement considérable. J'ajoute que ces fluxions sont fixes, et qu'elles semblent s'immobiliser dans les jointures primitivement atteintes, car ce sont là les seules manifestations qu'ait présentées notre femme pendant la durée de la maladie.

Que nous apprennent maintenant les *symptômes généraux?* D'abord, sauf une lassitude générale et un peu de céphalalgie, la malade ne se plaignait de rien; ensuite elle avait conservé son appétit et mangeait une portion avec plaisir; puis la température, qui était montée à 39°,6 le soir du quatrième jour, descendit graduellement à 37°,8 le matin du sixième jour, tandis que le pouls se maintenait à 84-80. Or, comme c'est pendant cette première période que les symptômes locaux et en particulier les épanchements articulaires atteignirent leur maximum, il en résulte une discordance sensible entre les deux ordres de symptômes.



Ce désaccord s'accentue les jours suivants, mais dans un sens opposé. Du sixième au neuvième jour, les températures s'élèvent à 40°-40°,2, et cette période d'ascensions vespérales coïncide avec une diminution sensible des gonflements articulaires. Remarquez enfin sur la courbe ci-jointe les grandes oscillations de cette température qui, presque toujours normale le matin, montait le soir aux chiffres de la fièvre en redescendant brusquement ensuite avec des rémissions de 2 à 3°.

Il me reste à vous parler de *l'état du cœur*, qui m'a paru légèrement touché dès l'entrée de la malade à l'hôpital, de manière que l'on est en droit de supposer que cette complication s'est développée conjointement aux fluxions articulaires. Elle est caractérisée par un petit foyer de frottements au niveau de la base du cœur, indice d'un point de péricardite sèche, et par un prolongement du premier bruit de la pointe du cœur, signe non moins probant d'une minime endocardite déterminant un peu d'insuffisance.

Enfin, comme dernière particularité, je vous annoncerai que le salicylate de soude n'a été ici d'aucun secours. La malade en a pris 4 grammes du 5 au 8 septembre, et c'est pendant cette période que la température s'est élevée le plus haut. Elle s'est abaissée de 3° 2 le lendemain même du jour où l'on avait supprimé le médicament. Quant à la diminution du gonflement articulaire, qu'on pourrait porter à l'actif du salicylate de soude, il est juste de rappeler que le 5 au matin, avant qu'on n'eût administré la première dose, je vous avais fait remarquer le retrait sensible de l'épanchement des deux genoux.

Il est inutile d'insister longuement sur l'évolution ultérieure des accidents. Le 14 septembre, la fièvre tombait définitivement, mais depuis le 10, on avait dû mettre la malade à deux degrés, tant elle souffrait de la faim. Elle sortit de nos salles le 24; le souffle de la pointe du cœur avait disparu, mais il y avait encore un frottement léger à la base, vers l'origine des gros vaisseaux. Quant aux jointures, elles n'étaient plus douloureuses depuis longtemps, et la malade marchait dès le 16; néanmoins, les genoux renfermaient toujours une petite quantité de liquide.

Voilà donc, messieurs, une jeune fille de 19 ans exempte de toute tare rhumatismale, qu'un surmènement extraordinaire alite, et qui se présente avec des manifestations articulaires et un état général qui ne répondent pas tout à fait au type clinique que l'on désigne sous le nom de rhumatisme. A coup sûr, nous sommes en présence d'une affection rhumatoïde de surmenage, ou, pour ne pas trop changer la formule classique, d'un rhumatisme chez une surmenée, ce qui équivaut à dire que le surmenage peut créer des accidents rhumatoïdes selon qu'on veut continuer à ranger ceux-ci dans le rhumatisme ou qu'on se croit en droit de les en séparer.

L'influence de la fatigue sur la genèse du rhumatisme a frappé déjà nombre d'éminents observateurs. Trousseau, Monneret, Gubler, Peter, etc., ont fait remarquer que les déterminations articulaires se produisaient surtout au niveau des jointures les plus fatiguées, et M. Peter, en particulier, dans une de ses plus brillantes leçons, a montré que l'usure et la fatigue constituaient pour les articulations comme pour les séreuses une imminence morbide de premier ordre. Enfin M. Besnier est récemment encore revenu sur cette idée dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique*.

Mais ce qu'il y a de vraiment spécial dans notre cas, c'est que le surmenage a créé un état rhumatismal à lui seul, sans les secours du froid ou de la diathèse. Et n'allez pas croire, messieurs, que ce fait soit isolé et constitue une rareté pathologique; la médecine vétérinaire comme la médecine de l'homme nous en offrent, au contraire, de nombreux exemples dont je vous rapporterai les plus caractéristiques.

Un vétérinaire distingué de Chanmont-en-Vexin, M. Philippe Hen, est appelé anprès d'un cheval de 4 ans faisant le service d'un boucher, et qui, après une course, est pris d'arthrites à caractèree ambulants. L'ingénienx praticien, ayant eu l'idée de l'ansculter, entendit qnelques jours après un bruit de souffle cardiaque avec caractère tumultueux des battements. Après cinquante-quatre jours de maladie, l'animal succomba et l'autopsie confirma le diagnostic porté d'endo-péricardite. Et l'auteur, en rapportant ce fait, insiste sur la fréquence des arthrites redoutables à caractère ambulant avec complications cardiaques, qui surviennent chez les poulains de 18 mois à 2 ans qu'on attelle trop tôt et dont on exige le même travail que d'un *cheval fait* de l'âge de 5 ans.

Et ce ne sont pas seulement les travaux musculo-articulaires qui peuvent être invoqués dans l'étiologie des fluxions rhumatoïdes, mais aussi le surmenage génital, qui n'est qu'une autre forme de fatigue. A ce propos, je vous citerai l'exemple de taureaux fatigués trop jeunes par des saillies trop nombreuses, qui sont pris d'arthrites aiguës pour lesquelles ils doivent être réformés et conduits aux distilleries afin d'y être engraissés avec de la pulpe de betterave et livrés ensuite à la boucherie. M. Philippe Heu rapporte aussi l'observation d'un vigoureux taureau qui depuis deux ans faisait seul le service de la saillie dans un troupeau de cinquante vaches flamandes. Un matin, on le trouva mort dans l'étable; l'autopsie révéla l'existence d'une grosse endocardite (1).

La médecine humaine est plus riche encore en exemples d'individus affectés suivant le même type que notre malade, sous l'influence du surmenage.

Je puis vous citer, entre autres, quatre faits très précis. L'un d'eux, que vous pouvez lire dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Carrieu (2), a trait à un serrurier qui, à la suite d'un travail extrêmement fatigant, fut pris dans les articulations du coude et du poignet, c'est-à-dire, dans les articles surmenés, de douleurs et de fluxions rhumatoïdes. Dans les autres cas, c'est un chaudronnier de 36 ans qui, après une marche forcée, voit son articulation tibio-tarsienne envahie. Le troisième fait est relatif à une domestique qui, après un trajet de 4 lieues à pied, est atteinte également de rhumatisme à l'articulation tibio-tarsienne gauche. Enfin, le dernier cas est encore plus probant. C'est celui d'une femme de chambre affectée au service de la lingerie, qui passa toute une journée à ranger de lourdes piles de linge. Le soir venu, elle éprouvait de la douleur et du gonflement dans le poignet droit et dans les doigts du même côté; puis, les fluxions se généralisérent, comme il arrive, d'ailleurs, dans tous les cas que je viens de vous rapporter.

Il me semble, Messieurs, que voilà des faits étiologiques d'une très grande netteté, et que le lien qui réunit la cause à l'effet est ici particuliérement serré : le surmenage, à lui seul, peut créer des fluxions rhumatoïdes. Mais son action nocive peut ne pas s'arrêter là, et l'on est aussi en droit de lui imputer certaines affections cardiaques.

(1) M. Bricou a publié récemment dans le PROGRÈS MÉDICAL (p. 147, 1885), l'autopsie d'un chat de deux ans, qui après avoir pratiqué de nombreux coïts avec quatre chattes, présenta de la dyspnée et des palpitations et mourut deux jours après. Le cœur était hypertrophié; l'orifice auriculo-ventriculaire droit insuffisant.

(2) Carrieu. *De la fatigue musculaire.* (Thèse d'agrégation, Paris, 1878.)

C'est aux médecins anglais et américains que l'on doit d'avoir tont d'abord mis ces faits en lumière. Lors des gnerres de sécession et franco-allemande, les occasions de lee étudier furent nombreuses. Ainsi Treadwell (1), qni observait pendant la guerre d'Amérique, a trouvé, sur 199 soldats réformés pour affection de cœur, 158 cardiaques par le fait de la fatigne. Fraentzel (2) insiste sur les nombreuses affections cardiaques qu'il a vu se développer dans la guerre de 1870, après les marches forcées autour d'Orléans. Clifford Allbutt fait remarquer le rapport qui existe entre les fatigues exagérées et les maladies de cœur dans la classe ouvrière; ses sujets étaient des individns jeunes encore, n'ayant eu ni rhumatismes, ni aucune autre affection qui pût être incriminée. Nicholson, Parkes, Mac Lean (3), Peacock (4), Da Costa (5), J. Seitz (6), etc., ont fourni nombre d'observations à l'appui de cette thèse. Enfin, sans insister davantage sur une question qni est traitée dans tous les livres classiques, voue savez quel rôle on attribue à la fatigue et à l'épuisement dans la genèse de cette grave variété d'endocardite, qu'on qualifie d'ulcéreuse ou de végétante.

Il résulte de tout ce que je viens de vous dire, d'abord que le surmenage est capable d'engendrer et des arthrites ayant de nombreux points de contact avec les arthrites du rhumatisme vrai, et des affections cardiaques; ensuite que ces arthrites et ces affections cardiaques peuvent exister à titre de manifestations isolées ou associées, sans que l'on connaisse encore le motif de cet isolement ou de cette association. Ces notions ne peuvent-elles pas s'appliquer directement à notre malade, et n'est-on pas en droit de supposer qne chez elle, c'est le surmenage qui a créé des déterminations articulaires et cardiaques contemporaines. Cette manière de voir me paraît plus conforme à la réalité des faits que celle qui consisterait à considérer ces arthrites comme du rhumatisme véritable, et cette endo-péricardite comme une complication rhumatismale. Mais, dira-t-on, les choses se passent presque toujours ainsi; la détermination cardiaque est ordinairement le propre du rhumatisme vrai; elle peut entrer en scène la première et précéder les arthrites : quant au surmenage, il ne fait qu'engendrer, comme l'a si bien dit M. Péter, l'état d'opportunité morbide nécessaire à l'évolution de toute maladie. Par conséquent, votre pseudo-rhumatisme doit rentrer dans le cadre du rhumatisme vrai; tout ce qui le distingue, c'est l'action déterminante du surmenage qui vient brutalement stimuler une diathèse endormie. Enfin, si lee articulations les plus fatiguées ont supporté les premières l'assaut rhumatismal, c'est par la simple application de la loi vulgaire de *Pars minoris resistentiæ*.

Mais, messienrs, pour qn'une diathèse s'éveille, fant-il an moins qu'elle existe! Et la plus sévère enquête nous a démontré que, dans le cas actuel, elle n'existait pas. Si l'expression rhumatisme articulaire aigu est indissolublement liée à l'idée de diathèse, on est nécessairement forcé d'admettre ou que notre malade ne doit pas être classée dans le rhumatisme vrai ou que le surmenage est capable de donner naissance à la diathèse rhumatismale. Comme d'un autre côté, la marche

(1) Treadwell. — BOSTON MED. AND SURG. JOURNAL, 1872.
(2) Fraentzel. — VIRCHOW'S ARCHIV., 1873.
(3) Mac Lean. — BRITISH MED. JOURNAL, 1867.
(4) Peacock. — MED. TIMES AND GAZETTE, 1875.
(5) Da Costa. — THE AMERICAN JOURNAL, 1871.
(6) J. Seitz. — DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN., 1873.

clinique du pseudo-rhumatisme de surmenage ne reproduit pas exactement le type classique du rhumatisme vrai, que le désaccord porte sur des éléments essentiels de la maladie, qu'il s'agisse des symptômes locaux ou généraux, ne serait-ce pas forcer les analogies que de qualifier de rhumatisme vrai une affection qui diffère absolument de celui-ci par son étiologie et qui s'en sépare encore par son mode d'évolution et d'expression cliniques?

Il serait du plus haut intérêt de savoir exactement ce que deviendra notre malade; on pourrait ainsi avoir un élément de plus pour la solution du problème que je viens de poser. Il est hors de doute, en effet, que cette distinction entre le rhumatisme vrai et le pseudo-rhumatisme de surmenage tomberait à l'instant, si les malades frappés une première fois par celui-ci éprouvaient dans la suite de nouvelles manifestations articulaires, sous l'influence du froid, par exemple. Mais je n'ai pas jusqu'à présent de quoi baser un jugement plausible, de sorte que l'existence de notre pseudo-rhumatisme restera en suspens tant que ce desideratum ne sera pas rempli.

Je voudrais maintenant tenter de vous expliquer le mécanisme à l'aide duquel le surmenage peut conduire au pseudo-rhumatisme. La tâche est assez difficile, car les nombreux documents sur la fatigue, qu'on trouve disséminés dans la science, n'ayant pas été réunis dans le but que nous poursuivons, manquent de cohésion ou se rapportent à des particularités sans intérêt pour le pseudo-rhumatisme. Cependant, en faisant une synthèse des faits acquis, on peut concevoir sa pathogénie de la manière suivante :

La première série de phénomènes produits par le surmenage consiste dans des modifications des échanges généraux, lesquelles dérivent surtout de la suractivité de la nutrition musculaire. Un muscle en travail donne naissance à des matières extractives diverses et à de l'acide lactique dont la proportion croît en raison du travail produit. C'est même sur cette production exagérée de l'acide lactique qu'on a édifié toute une théorie humorale du rhumatisme dont l'acide lactique serait la matière morbifique; à cette théorie, il manque deux choses principales : d'abord, la constatation irrécusable de l'acide lactique en excès chez les rhumatisants, ensuite l'explication du mode suivant lequel cet acide pourrait déterminer des accidents rhumatismaux. Laissons donc l'acide lactique de côté et retenons seulement en bloc l'excès d'extractifs jetés dans la circulation, à la suite d'un trouble profond et continu de la nutrition musculaire.

Pendant que ces actes s'accomplissent dans la nutrition générale, une deuxième série de phénomènes ont lieu du côté des jointures et des divers appareils de frottement. Il y a là une suractivité locale des échanges, facile à comprendre, et qui modifie profondément l'état de la synovie. Frerichs a fait sur ce point des observations utiles et qui peuvent ainsi se résumer : chez les animaux surmenés, la synovie des grandes articulations subit d'importantes modifications; sa quantité diminue, en même temps qu'elle-même devient plus épaisse, plus dense et plus tenace; sa richesse en globules blancs augmente et très notablement, tandis que les matériaux solides inorganiques diminuent. Enfin, la synovine et les matières extractives subissent une très appréciable augmentation.

Donc, d'une part, un vice dans les échanges généraux; d'autre part, une altération locale de la nutrition articulaire, créant un lieu de moindre résistance dans les articles surmenés, tels sont les seuls éléments pathogéniques qu'il nous soit permis de relever, et vous avouerez avec moi que, s'ils donnent une idée générale du processus, ils sont insuffisants pour l'éclairer dans tous ses détails.

L'étude du cas si curieux que je viens de vous décrire ne constitue encore qu'un cadre dont le tableau complet ne saurait être parachevé qu'à l'aide de faits nouveaux. A côté de cette observation type, doivent se présenter certainement des espèces cliniques variables et diverses, et tout ce qui touche le *pronostic* et la *thérapeutique* doit être réservé jusqu'au moment où nous serons en mesure d'envisager la maladie dans ses modes particuliers d'expression. Aujourd'hui, retenons seulement le fait clinique avec son étiologie si frappante et sa symptomatologie toute personnelle, et bornons-nous à ouvrir une nouvelle tête de chapitre dans l'ordre des pseudo-rhumatismes.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

RÉFLEXIONS SUR QUELQUES CAS DE FRACTURES SPONTANÉES OBSERVÉES A L'HÔTEL-DIEU, dans le service de M. le professeur RICHET, par L. PICQUÉ.

Suite et fin. — Voir les numéros 18 et 20.

Ostéomyélite du fémur. — Fracture spontanée. — Amputation sous-trochantérienne — La nommée Chauffant (Marie), 24 ans, domestique, entre le 8 octobre 1884 salle Notre-Dame, n° 1, dans le service de M. le professeur Richet.

Antécédents. — Pas de maladies antérieures. Accouchement normal il y a deux ans.

Commémoratifs. — L'affection a débuté brusquement il y a trois semaines, sans avoir été précédée d'aucun traumatisme, et à la suite d'une époque menstruelle. Appareil fébrile très intense.

A l'entrée, tuméfaction considérable de la partie moyenne de la cuisse, avec rougeur des téguments; douleurs spontanées et à la pression, très vives. Température de 40°.

Une incision large de 10 centimètres, le long du fémur et sur sa partie moyenne, fut faite le jour de l'entrée à l'hôpital. L'os est dénudé dans l'étendue d'environ 6 à 8 centimètres. Trépanation du fémur en trois points; point de pus dans le canal médullaire. Néanmoins la température tombe le soir même à 38°,5.

Le 20 octobre, l'os est encore dénudé dans une notable étendue. Autour et à une assez grande distance sur la diaphyse existe un empâtement douloureux; la pression exercée sur la partie postérieure du membre détermine un écoulement abondant de pus. Le 25 octobre, une contre-ouverture est faite en arrière. La température, qui s'était élevée de nouveau les jours précédents, tombe de nouveau à 38°.

Le 30 octobre, l'état général est redevenu meilleur.

Le 12 janvier, la malade, en se retournant dans son lit, a perçu un craquement manifeste.

Actuellement, on constate de la mobilité anormale avec déplacement du fragment en dehors; il y a un raccourcissement notable. Les moindres mouvements éveillent de vives douleurs.

M. Richet, après avoir longuement discuté la conduite à tenir dans les cas de ce genre, se décida à pratiquer l'amputation sous-trochantérienne de cuisse le 25 janvier.

A l'examen de la pièce, on reconnaît en dedans un large séquestre aplati, sur lequel on retrouve les deux couronnes de trépan; en dehors existe un autre séquestre présentant la même forme que le précédent. L'os est réduit au tiers de son épaisseur au niveau du point fracturé; tout autour, on trouve des caillots et les traces d'un épanchement abondant de sang. Le périoste est notablement épaissi; il existe des sécrétions périostales qui auraient bientôt

fourni un os nouveau s'il n'y avait eu avant sa formation une fracture de l'os ancien.

De ces quatre observations, une seule a trait à une ostéite tuberculeuse; c'est là un fait intéressant, car la fracture spontanée, ou plutôt le décollement épiphysaire, est rarement signalé par les auteurs dans les ostéites tuberculeuses, et, bien que manquant de critérium anatomique, la nature de la lésion n'en est pas moins rendue probante par les antécédents de la malade, la marche des accidents et surtout l'existence d'une synovite fongueuse évidente. Cette observation est également intéressante à d'autres titres.

Je signalerai d'abord ce fait bien curieux, d'une fracture du fémur n'empêchant pas la marche. D'une façon générale, l'impotence fonctionnelle est considérée comme l'un des signes les plus probants des fractures; le plus ordinairement dans les cas douteux, de fractures malléolaires, par exemple, on insiste sur l'impossibilité de la marche après la chute, pour établir le diagnostic de la fracture.

Dans quelques cas exceptionnels, cependant, les malades ont pu se relever et continuer à marcher. Nous avons eu l'occasion d'observer à la Charité, dans le service de notre excellent maître, M. Berger, un malade présentant une fracture bimalléolaire avec léger déplacement du pied en dehors, qui avait pu sans difficulté faire une longue course à pied pour se rendre à la consultation.

Récemment encore, un malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Richet avec une fracture bimalléolaire, en tout semblable à la précédente. Le lendemain, à la visite, nous apprîmes que le malade avait marché toute la journée dans le préau et dans les cours.

Ces cas sont en vérité exceptionnels; ils peuvent s'expliquer encore par l'indolence du foyer de la fracture et le maintien du pied dans une bottine serrée. Mais on comprend difficilement *à priori* la possibilité d'un semblable fait, dans le cas de fracture du fémur, lorsque cet os n'est maintenu par aucun appareil, même lorsque le malade est soutenu par le bras d'un aide.

Je signalerai encore le renversement du fragment inférieur dans le creux poplité: on sait que ce déplacement, contesté par Malgaigne, a été parfaitement indiqué par notre excellent maître dans son *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, et qu'il oppose souvent, comme dans notre cas, une gêne considérable à la réduction.

Au moment où cette malade se trouvait encore dans nos salles, nous observions également un homme de 50 ans, couché au n° 15 de la salle Saint-Landry, qui présentait le même déplacement à la suite d'une fracture traumatique.

Ce déplacement était fort difficile à réduire, et M. Richet ne put y parvenir qu'en mettant le membre sur un plan incliné et en exerçant une traction sur la jambe, parallèlement à l'axe du fémur, tandis qu'une autre traction obtenue par un lac appliqué sur la partie moyenne de cet os attirait le fragment supérieur en bas et en arrière.

Pour terminer ce qui a trait à cette malade, nous ajouterons encore qu'au moment de l'accident elle présentait une ankylose à angle obtus très défavorable pour la marche, et que cette fracture a eu pour résultat de permettre un redressement favorable du membre, semblable à l'ostéoclasie chirurgicale recommandée par Ollier dans son récent travail publié dans la REVUE DE CHIRURGIE, contre les ankyloses à angle droit.

Les trois dernières observations sont relatives à des cas d'ostéomyélite.

L'une d'elles nous montre une ostéomyélite secondaire costale; ces faits, déjà signalés par Chassagniac, ont récemment et de nouveau attiré l'attention au point de vue doctrinal, mais ils sont aujourd'hui suffisamment connus pour qu'il soit superflu d'y insister. Nous signalerons toutefois la fracture de la côte, sa réparation facile, enfin la guérison de cette manifestation secondaire avant la fin de l'ostéomyélite primitive, fait sur lequel Chassagniac avait déjà attiré l'attention.

Les deux autres faits doivent nous retenir plus longtemps.

L'un d'eux est relatif à une ostéomyélite torpide de l'extrémité supérieure du fémur.

Depuis les travaux importants de M. le professeur Lannelongue, l'attention des chirurgiens semblait concentrée tout entière sur les cas graves de l'ostéomyélite.

Déjà, lors de la retentissante discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie, M. Trélat, dans un but différent il est vrai, essayait d'attirer l'attention sur les cas bénins, ceux dans lesquels les lésions intéressent seulement une faible partie de l'os et portent principalement sur le fémur.

Tout récemment, au congrès de chirurgie, M. Trélat, non plus dans un but doctrinal, mais bien dans l'intérêt pratique du diagnostic différentiel, insistait pour la première fois sur ces formes torpides déjà signalées par Paget et auxquelles il a imposé le nom d'ostéomyélite insidieuse; sous ce nom donc, on doit comprendre avec lui des ostéomyélites à début et à marche torpides, mais qui conduisent à une intervention souvent aussi sérieuse que dans les cas bruyants.

Notre observation semble rentrer dans ce cadre, et nous demandons à y insister quelque peu.

Ces ostéomyélites, non seulement présentent de l'intérêt au point de vue des indications thérapeutiques auxquelles elles conduisent, mais encore au point de vue du diagnostic d'avec certaines tumeurs, l'ostéosarcome en particulier.

Sous ce rapport, l'histoire de ce malade est des plus instructives. Jusqu'au 31 décembre, ce jeune homme, ne ressent ni douleur ni gêne fonctionnelle et ne présente pas de tuméfaction à la racine du membre. Il se fracture le fémur en se retournant dans son lit: une tumeur apparaît; son développement est rapide, les douleurs qu'elles provoquent sont nulles ou à peu près; il n'existe pas d'appareil fébrile ni aucune réaction sur la santé générale.

En vérité, ce tableau est bien celui des ostéosarcomes centraux, qui ne donnent lieu à la tuméfaction qu'après la fracture, bien que M. Richet, avec sa sagacité habituelle, ait fait des réserves sur la possibilité de l'ostéomyélite.

Or, comme on le voit, le problème est complexe; généralement, il se pose d'une autre façon.

Une tumeur osseuse existe; les renseignements fournis par le malade sont peu caractéristiques: la réaction générale est nulle; on hésite entre un ostéosarcome et une ostéomyélite, et l'on n'a souvent, pour trancher la question, que la notion d'âge, comme le faisait remarquer si bien M. le professeur Trélat. Ici, la question est tout autre.

La tumeur ne préexiste pas à l'accident, et c'est lui qui attire le premier l'attention: la tuméfaction n'apparaît qu'après la fracture, comme il arrive pour les ostéosarcomes centraux, et comme la réaction générale est nulle, qu'il n'existe pas de douleur spontanée ou à la pression, on est en droit de penser à un ostéosarcome. Or, l'examen de la pièce démontre

qu'il existe une ostéomyélite centrale, que l'os n'est pas tuméfié et que la tumeur est entièrement due au gonflement des parties molles, à une myosite interstitielle dont la dureté rappelle celle de l'os.

En résumé, l'on voit combien, dans certains cas, l'aspect clinique est trompeur. On ne saurait donc trop insister sur l'importance des faits récemment indiqués par M. Trélat au congrès de chirurgie.

Il nous reste maintenant à envisager nos deux observations de fractures spontanées du fémur.

Ces fractures sont rares, si l'on met de côté les cas de décollement épiphysaire, comme celui que Riedinger a rapporté (Würtzs. Verhandl., 1876). M. Lannelongue, dans ses relevés, ne les a signalées que six fois, et toujours elles siégeaient au fémur : il ne faudrait pas croire que cet os soit le seul exposé à se fracturer; dans une de nos observations, nous avons noté une fracture de la sixième côte, consécutive à une ostéomyélite secondaire de cet os.

Ritter (Memorab, 1875, t. XX) a signalé encore une fracture spontanée de la partie moyenne de la clavicule chez une femme de 34 ans, convalescente d'un avortement et atteinte d'une ostéomyélite de cet os.

Peu de faits ont été ajoutés à ceux observés par Lannelongue ou relevés par lui; nous signalerons toutefois deux cas de M. Berger, l'un indiqué par lui dans son travail critique de la Revue de Hayem, 1882, page 284; l'autre, plus récent, qu'il a communiqué à la Société de chirurgie lors de la dernière discussion. Indiquons encore un cas de Demons publié, à la Société de chirurgie (1880), un autre cas de Morraut Baker (Medico-chir. trans., 1877); enfin, nous ajouterons les deux faits observés par nous dans le service de M. le professeur Richet.

Ces fractures semblent s'être presque toujours produites dans les mêmes conditions ; c'est le plus souvent en se retournant dans son lit, que le malade s'est attiré la solution de continuité.

Aussi, ne saurait-on trop insister sur la nécessité de bien immobiliser l'os qui est le siége de l'ostéomyélite : chez notre jeune femme, la nécessité de renouveler fréquemment les pansements, abondamment et rapidement souillés par le pus, avait dû faire renoncer, provisoirement du moins, à l'application des appareils plâtrés, et la fracture s'est produite alors que le membre était immobilisé dans une gouttière.

Notre deuxième malade n'est venu à l'hôpital qu'après sa fracture.

Il ne faudrait pas croire que la production des fractures soit toujours la source d'indications spéciales et que l'amputation en particulier soit la seule ressource à leur opposer.

Le cas récent de Humbert, publié à la Société de chirurgie, prouve bien que, dans certains cas, la fracture, même lorsqu'elle porte sur le fémur, est susceptible de se consolider.

D'autres considérations doivent donc entraîner le chirurgien à l'intervention ; elles sont tirées de l'état local et de l'état général.

Et d'abord, du côté local, les communications multiples du foyer de la fracture avec l'air extérieur, l'irrégularité de ce foyer, les fusées purulentes du côté des parties molles et de la diaphyse, l'impossibilité d'assurer un bon drainage, une suppuration abondante et fétide qui en est la conséquence, enfin l'étendue des lésions osseuses, conduiront le chirurgien à intervenir.

Ces conditions se trouvaient réalisées en partie chez notre jeune femme, et notre maître faisait remarquer que dans ces cas la guérison était incertaine et longue à obtenir, les dangers à courir considérables et la pseudarthrose fatale.

Mais si, dans ces cas, le chirurgien peut, dans certaines limites, s'en rapporter au désir du malade, il n'en est plus de même quand il existe des phénomènes généraux graves, qui commandent alors une intervention prompte et radicale.

Les mauvaises conditions locales ont entraîné des accidents de septicémie redoutable, qui ne peuvent céder que si l'on a fait disparaître le foyer septique inaccessible par sa complexité à l'action des agents antiseptiques.

C'est du reste la même indication que le chirurgien cherche à remplir, quand il sacrifie par l'amputation, dans des conditions à la vérité mauvaises, une articulation suppurée.

Il nous reste à indiquer rapidement les risques opératoires.

La statistique de Lüning, cité par Terrier dans son rapport, donne, pour la désarticulation coxo-fémorale dans les cas d'ostéomyélite, une mortalité de 38,66.

Il est en vérité remarquable de voir cette opération si meurtrière dans les cas de plaies par armes à feu (88,28 %) donner une mortalité si peu élevée dans les cas qui nous occupent, et il est nécessaire de bien retenir ce fait et de ne pas se laisser influencer par le souvenir de l'effroyable mortalité de la désarticulation, quand on la pratique pour des lésions traumatiques.

Mais on ne saurait compter sur d'aussi heureux résultats, surtout en ce qui concerne la désarticulation de la hanche, qu'en réduisant, toutes choses égales d'ailleurs, l'écoulement sanguin au minimum. M. le professeur Richet qui, pour cette opération, emploie le procédé à lambeau, sans ligature préalable, obtient d'excellents résultats en obturant l'ouverture au moyen de larges éponges placées sur les lambeaux au cours de l'opération.

C'est ce procédé qu'il a exposé dans le remarquable discours prononcé par lui, lors de la discussion importante qui s'est élevée à l'Académie de médecine en 1878 sur la désarticulation de la hanche. Il a l'avantage d'assurer l'économie du sang avec les procédés rapides de désarticulation, et c'est ce qui, aux yeux de notre excellent maître, en constitue à la fois la raison d'être et la supériorité.

Depuis bien longtemps, du reste, M. Richet avait attiré le premier l'attention sur la nécessité pratiquer l'hémostase au cours de cette opération, et c'est en mettant en pratique ce précepte qu'il obtint le premier succès, à Paris, de désarticulation de la hanche. Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, dont il publia l'histoire complète à la Société de chirurgie en 1854, et qui se trouvait dans son service de l'hôpital Bon-Secours, pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur avec fracture spontanée.

M. Richet s'était décidé à l'amputation sous-trochantérienne lorsque, trouvant du pus dans le canal médullaire, il transforma son opération primitive en désarticulation. Le malade, opéré en 1850, guérit très bien, et il put le présenter en 1867 à la Société de chirurgie.

Il pratiqua de nouveau cette opération aux Andelys, dans des conditions particulièrement difficiles et sur lesquelles il a insisté dans son discours. M. Richet put, grâce à l'emploi d'éponges placées au fur et à mesure, dans le cours de l'opération, assurer suffisamment l'hémostase, malgré le nombre limité des aides, et guérir son malade, qui succomba plus tard à la récidive de la tumeur.

Ce nouveau cas que nous publions vient s'ajouter encore à cette série heureuse et montrer qu'il n'est pas besoin, pour assurer l'hémostase, d'avoir recours à des procédés dont la durée d'exécution, par la prolongation du traumatisme opératoire, n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients.

Au point de vue de la réunion des lambeaux, notre excellent maître a également mis en pratique le procédé qu'il a adopté depuis vingt-cinq ans, à savoir la réunion incomplète dans les deux tiers seulement de la plaie et le drainage de la cavité cotyloïde. Mais il attribue également les deux succès récents qu'il a obtenus à l'emploi des pansements antiseptiques, et en particulier de la solution de sublimé qu'il utilise actuellement dans son service et qu'il considère comme de beaucoup supérieur à l'acide phénique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VI. Sur la « forme juvénile » d'atrophie musculaire progressive et sur ses relations avec la pseudo-hypertrophie des muscles, par le professeur Erb (1). — VII. Révision nosographique des atrophies musculaires progressives, par le professeur Charcot (2). — VIII. Maladie de Thompsen et paralysie pseudo-hypertrophique, par R. Vigoureux (3). — IX. Un cas d'hypertonie avec pseudo-hypertrophie des muscles, par A. Eulenburg (4).

VI. Partant de ce fait que, sous le nom d'atrophie musculaire progressive, on en est venu à confondre des modalités cliniques très dissemblables, qu'il appartient dès lors à des observateurs compétents de démêler de ce chaos des syndromes ayant des caractères bien définis, Erb a fait une tentative de ce genre; en se basant sur l'analyse d'une vingtaine d'observations, il donne la description d'un type d'atrophie musculaire, qu'il met en parallèle avec le type Aran-Duchenne, et dont voici les traits principaux :

L'atrophie débute pendant l'enfance ou l'adolescence; elle évolue avec lenteur, d'une façon progressive ou par étapes, pour devenir stationnaire; elle s'accompagne d'une impuissance fonctionnelle en rapport avec le degré de l'atrophie. Elle affecte des sièges de prédilection, qui seront indiqués à l'instant; il s'y associe souvent de la pseudo-hypertrophie de certains muscles. Cette atrophie ne s'accompagne pas de tremblements fibrillaires; les muscles atrophiés ne présentent pas, à l'exploration électrique, les signes de la réaction de dégénérescence; on constate simplement une diminution, proportionnelle à l'atrophie, de l'excitabilité faradique et galvanique des muscles atrophiés dont l'excitabilité mécanique est abolie à une période avancée de l'affection.

L'atrophie, dont le début est insidieux, envahit par ordre de fréquence : les muscles du dos, les muscles qui s'insèrent au scapulum, ceux de la ceinture scapulaire, les muscles des lombes, de la ceinture pelvienne et de la cuisse. Il peut se faire que l'atrophie progresse de bas en haut, ou affecte une intensité plus considérable dans la partie inférieure du corps. Les muscles des avant-bras (le long supinateur excepté) restent longtemps respectés par l'atrophie; les muscles de la main sont toujours intacts, du moins durant les premières périodes de la maladie. Aux jambes, les muscles innervés par les nerfs péroniers s'atrophient en général très tôt, surtout le tibial antérieur, tandis que les muscles gastro-cnémiens sont toujours respectés.

Avec cette atrophie disséminée contraste l'hypertrophie apparente de certains muscles tels que : le deltoïde, le sus et le sous-épineux, le triceps brachial, le tenseur du *fascia lata*, le couturier et principalement les muscles des mollets.

Les muscles obliques et transverses de l'abdomen participent souvent à l'atrophie; les droits abdominaux conservent leur intégrité nutritive; le diaphragme a paru envahi dans un certain nombre de cas. Les muscles de la face et les masticateurs n'ont jamais été trouvés altérés.

Erb invoque l'étroite parenté de sa forme juvénile avec la paralysie pseudo-hypertrophique, pour conclure que la première se rattache au groupe des névropathies primitives, opinion qui ne trouve point encore à s'appuyer sur des nécropsies. Il développe les considérations sur lesquelles doit se baser le diagnostic de cette forme juvénile. Il montre que celle-ci peut atteindre simultanément plusieurs membres de la même famille, comme il arrive pour la forme, dite héréditaire, de l'atrophie musculaire (Leyden) et pour la paralysie pseudo-hypertrophique. Enfin il fait ressortir les étroites analogies qui existent entre ces deux dernières formes et la forme juvénile; les observations de Zimmerlin, dont il a été question plus haut, en sont une preuve nouvelle.

VII. Dans une leçon sur l'état actuel de nos connaissances concernant l'étude des amyotrophies musculaires, leçon que nous voudrions pouvoir reproduire en entier, M. le professeur Charcot a esquissé une ébauche de classification des amyotrophies, dont voici les lignes principales :

a Une première classe comprend les amyotrophies de cause spinale : 1o *Sclérose latérale amyotrophique;* 2o *atrophie musculaire progressive du type Duchenne-Aran*, débarrassée de tous les éléments qui ne lui appartiennent pas et qui doivent rentrer dans le groupe suivant.

b La seconde classe comprend les amyotrophies progressives primitives, c'est-à-dire : 1o la *paralysie pseudo-hypertrophique;* 2o la *forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive, d'Erb;* 3o *l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, de Duchenne;* 4o des *formes de transition* où la faiblesse musculaire est le fait dominant et où on ne trouve ni atrophie ni hypertrophie; 5o la *forme héréditaire progressive, de Leyden*. Des cas mixtes, a ajouté Charcot, permettent de rapprocher ces formes diverses et même de les confondre.

VIII. M. Vigoureux rappelle que plusieurs fois déjà on a signalé la coexistence de la pseudo-hypertrophie des muscles avec ce syndrome énigmatique décrit dans ces derniers temps sous le nom de maladie de Thompsen. Cette coexistence n'est pas constante; elle avait lieu dans une observation relatée par M. Vigoureux. Chez le sujet de cette observation, on a noté, en fait de particularités dignes d'une mention spéciale, une *exagération des réflexes tendineux;* en outre, la faradisation et la galvanisation développaient une dureté et une rigidité insolites dans les muscles intéressés par la pseudo-hypertro-

(1) Deutsches Arch. für klin. Medic., t. XXXIV, fasc. 5 et 6, p. 467, 1884.
(2) Progrès médical, 7 mars 1885.
(3) Archives de neurologie, 1884, no 24, p. 272.
(4) Neurologisches Centralblatt, 1884, no 17.

phie. Le début de la maladie remontait à la première enfance.

IX. Le malade dont Enlenburg rapporte l'observation réalise un nouvel exemple de pseudo-hypertrophie musculaire compliquée d'accidents analogues à ceux qu'on a décrits sous le nom de maladie de Thompsen. Il s'agit d'un instituteur israélite, de la Pologne russe, âgé de 27 ans, dont la santé a été bonne jusque il y a eix on sept années. A cette époque, il a été pris de troubles de la locomotion, accompagnés de troubles des fonctions vésicales (rétention et teneeme; par moments incontinence); avec cela une disposition à la mélancolie. Voici en quoi consistaient les troublee moteurs, à l'époque où le malade fut examiné par Eulenburg :

La démarche était empreinte d'une grande maladresse; les jambes restaient dans un certain degré de flexion, sans jamais atteindre l'attitude de l'extension complète. Le talon appuyait sur le sol avant la pointe du pied. Impossibilité complète de ee soulever à une certaine hauteur, comme pour monter sur un siège élevé. Difficulté grande pour s'asseoir et se relever. En examinant le malade dépouillé de ses vêtements, on se rend aussitôt compte de la cause dee troubles locomoteurs. Cette cause n'est autre qu'une rigidité colossale et symétrique de certains groupes de muscles des jambes et des cuisses, et particulièrement des muscles quadriceps fémoraux et gastro-cnémiens.

Ces muscles font eous la peau un relief considérable, ce qui contraste singulièrement avec l'extrême maigreur du malade. Il est facile de se convaincre que la rigidité musculaire en question n'eet pas le résultat d'une contraction active proportionnelle. Quand le malade reste pendant quelque temps dans l'attitude debout, la rigidité musculaire diminue peu à peu, pour disparaître; elle se reproduit au moindre mouvement actif ou passif imprimé aux membres inférieurs. La contractilité mécanique des muscles qui sont le siège de ces phénomènes insolites est légèrement diminuée. Le *réflexe patellaire est aboli* des deux côtés. On peut mettre en évidence, aux membres inférieurs, le phénomène décrit par Westphal sous le nom de *contraction paradoxale* (contraction persistante du tibial antérieur avec saillie de son tendon, pendant que le pied est dans la flexion dorsale).

La rigidité et la pseudo-hypertrophie musculaires s'observent également aux membres supérieurs, où elles intéressent le deltoïde, le tricepe, lee extenseurs à l'avant-bras. Eulenburg a pu se convaincre de l'existence d'une diminution considérable de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs, de la contractilité galvanique et faradique des muscles intéressés. La sensibilité est intacte. L'électrothérapie et les bains salins ont paru amener au bout de six semaines de traitement un certain degré d'amélioration.

Eulenburg a fait ressortir, en terminant, les particularités suivantes présentées par son malade et qui sortent du cadre de la symptomatologie de la maladie de Thompsen : affection non congénitale; participation des plans musculaires de la vessie aux troubles moteurs; abolition du phénomène du genou; diminution considérable de l'excitabilité et de la contractilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles.

Qu'il e'agisse, dane ce cas, d'une neuropathie centrale intra-médullaire, la chose ne saurait faire l'objet d'un doute, suivant Eulenburg.

TRAVAUX A CONSULTER :

— *De la myopathie atrophique progressive, myopathie sans neuropathie*, par LANDOUZY et DÉJERINE (REVUE DE MÉDECINE, 1885, nº 2, p. 81, et nº 4, p. 251.

— *Sur la participation possible des muscles de la face dans la forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive*, par le professeur E. REINAK (NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1884, nº 15).

— *Un second exemple de participation des muscles de la face dans la forme juvénile de l'atrophie musculaire progressive*, par le docteur MOSSDORF (Ibidem, 1885, nº 1).

— *Sur une forme particulière de paralysie atrophique progressive chez plusieurs enfants de la même famille (névrite multiple?)*, par le professeur SCHULTZE (BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, nº 41).

— *Sur les hypertrophies musculaires compensatrices*, par le professeur NOTHNAGEL (WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1885, nº 25). Sera analysé dans un des prochains numéros de la REVUE DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ, par M. le docteur E. LANCEREAUX. Deux brochures in-8. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

M. Lancereaux a conservé la bonne habitude de publier les leçons cliniques qu'il fait dane son service hospitalier. Celles que nous présentons aujourd'hui un peu tardivement à nos lecteurs comprennent deux brochures et ont trait à divers sujets parmi lesquels nous relèverons plus particulièrement les *paralysies toxiques*, la *syphilis cérébrale*, le *diabète maigre*, les *hémorrhagies névropathiques*, l'*artérite généralisée*.

A côté des paralysies organiques ou fonctionnelles, les paralysies toxiques forment un troisième groupe nettement déterminé. La paralysie saturnine, qui vient en première ligne, et dont l'étude a provoqué tant de travaux, parmi lesquels il est juste de mentionner ceux de M. Lancereaux lui-même, n'a pas arrêté le professeur, et, comme type du groupe de paralysies en question, il décrit la paralysie alcoolique, en appuyant sa description sur l'observation de plusieurs malades de son service.

« Cette paralysie, dit-il, beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme, puisque sur 15 cas 12 se rapportent à des femmes, présente un caractère qui n'a fait défaut dans aucune de nos observations : elle est symétrique, c'est-à-dire qu'elle se localise en même temps et au même degré sur les muscles homologues des deux côtés, non seulement aux membres inférieurs, maie encore aux membres supérieurs. Des extrémités où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres; l'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, dont les fonctions sont généralement peu compromises. Les muscles extenseurs sont, dans la grande majorité des cas, plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des piede et des mains. La contractilité électro-musculaire, explorée dans quelques cas, était sinon abolie, du moins manifestement diminuée, circonstance qui rapproche la paralysie en question de celle que l'on observe dans l'intoxication saturnine. Deux de nos malades offraient en outre une anesthésie très marquée au courant faradique, qui ne leur paraissait que douloureux quand

il donnait lieu, chez l'homme sain, à une sensation presque insupportable. »

L'anatomie pathologique a montré, chez les malades qui ont succombé aux progrès de l'alcoolisme, l'intégrité de la moelle, des altérations des nerfs des membres paralysés analogues à celles qui sont consécutives aux sections nerveuses, une dégénérescence granulo-graisseuse des muscles.

De la paralysie alcoolique, M. Lancereaux rapproche les paralysies produites par d'autres agents toxiques, tels que l'arsenic, l'oxyde et le sulfure de carbone, l'opium, diverses essences, en particulier l'essence de térébenthine. Ces diverses paralysies présentent toutes des symptômes communs : symétrie et marche ascendante des accidents, désordres subjectifs et objectifs de la sensibilité, troubles vaso-moteurs, intégrité des centres nerveux. Elles se distinguent les unes des autres, outre les différences de degré, par des phénomènes concomitants propres à chaque intoxication, troubles gastriques, hallucinations, délire aigu, rêves effrayants, insomnie chez les alcooliques ; intégrité des fonctions intellectuelles, surcharge adipeuse du tissu cellulaire sous-cutané avec teinte blafarde de la peau, œdème et refroidissement des extrémités dans l'intoxication arsenicale, etc., etc.

Les leçons sur la syphilis cérébrale comptent certainement parmi les plus intéressantes et les plus instructives. Au lieu d'adopter la classification des désordres spécifiques, le professeur prend pour base l'anatomie pathologique qui montre que la syphilis attaque partout et toujours les tissus conjonctivo-vasculaires, tissus représentés dans l'encéphale par les méninges, les vaisseaux, la névroglie, et il étudie successivement la méningite, l'artérite et l'encéphalite syphilitiques. Il donne sur chacune de ces formes de syphilis cérébrale des observations cliniques, dont plusieurs sont complétées par les résultats de l'autopsie et des figures représentant les lésions anatomiques que celle-ci a révélées ou confirmées. Puis, faisant la synthèse des symptômes, celle des lésions, et les rapprochant l'une de l'autre, il trace un tableau de la maladie qui ne laisse rien à désirer pour la méningite ni pour l'artérite syphilitique, à l'étude de laquelle il a apporté avec Léon Gros les premiers jalons ; l'état de nos connaissances est moins avancé pour l'encéphalite syphilitique et attend de nouvelles recherches.

Mais un fait capital domine toutes les formes de syphilis cérébrale, c'est que les lésions qu'elles entraînent, outre la nature des tissus qu'elles atteignent primitivement, sont toujours circonscrites ou en foyer. Ce fait constitue une ligne de démarcation tranchée entre les affections spécifiques et celles qui se rattachent à des lésions diffuses ou systématiques de l'encéphale et de la moelle, et fournit des éléments d'une haute importance pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. M. Lancereaux y insiste avec raison ; il a d'ailleurs fortement contribué, pour sa part, à éclairer ce point de la syphilis des centres nerveux.

L'examen de quelques malades de son service a permis à M. Lancereaux de montrer à ses élèves que le diabète ne saurait être une maladie univoque et qu'il y a lieu de séparer complètement deux formes qui ont un symptôme commun, la glycosurie, mais qui diffèrent essentiellement l'une de l'autre par les causes, la pathogénie, les lésions anatomiques, la symptomatologie, la marche, l'évolution : ce sont le diabète gras et le diabète maigre. Le professeur justifie cette séparation par le parallèle clinique qu'il établit entre les deux formes de diabète et se range à l'avis des auteurs qui rattachent le diabète maigre à l'atrophie du pancréas. Ce parallèle conduit, dans la pratique, à des indications thérapeutiques toutes différentes. Le régime alimentaire, l'entraînement physique, les eaux minérales, recommandés pour le diabète gras, sont impuissants, inutiles contre le diabète maigre, dans le traitement duquel on doit surtout chercher à suppléer à l'absence du pancréas et du suc qu'il sécrète, d'un côté en activant le fonctionnement des glandes salivaires et duodénales, d'un autre côté en remplaçant la digestion pancréatique par des digestions artificielles (pancréatine).

Une leçon est consacrée aux hémorrhagies névropathiques, plus fréquentes qu'on ne suppose, parce qu'elles sont souvent mal interprétées. La plupart des épistaxis, des hématémèses, des hémoptysies, que l'on considère comme des règles déviées, rentrent dans ce cadre. Il en est de même des hématidroses observées chez les extatiques. M. Lancereaux rapporte un cas d'hématurie consécutive à une attaque de nerfs chez une femme de son service et rappelle deux faits semblables publiés par Latour (d'Orléans) et Van Hur. Ce sont les femmes hystériques qui offrent les cas les plus fréquents de ces hémorrhagies. Nous avons donné des soins, il y a quelques années, à une jeune fille qui, à la suite d'accès hystériques dans lesquels la période de délire avec hallucinations terrifiantes prédominait, avait des hémoptysies presque inquiétantes par la quantité de sang qu'elle rendait. Le poumon était parfaitement sain. Nous avons actuellement sous les yeux une dame qui, sans présenter d'hémorrhoïdes et sous l'influence de l'éréthisme nerveux qui alterne chez elle avec un état de dépression, rend par l'anus des quantités de sang parfois considérables. La pathogénie de ces hémorrhagies réclame de nouvelles recherches.

A propos de quelques malades de son service, M. Lancereaux décrit l'artérite généralisée. On sait combien est complexe la symptomatologie de ce processus morbide dont l'ensemble synthétique, d'abord contesté ou admis non sans réserve par les auteurs, tend de nos jours à être généralement accepté. M. Lancereaux en fait connaître les lésions anatomiques, les désordres fonctionnels consécutifs, le pronostic toujours grave et les modes de terminaison. Parmi les dispositions morbides antérieures qui favorisent le développement de l'artérite généralisée, il cite en première ligne l'herpétisme, puis le saturnisme chronique et la goutte. Il ne l'a, dit-il, jamais rencontrée chez les alcooliques. Cela a lieu de surprendre un peu, et nous avons été appelé récemment en consultation auprès d'un malade chez lequel l'alcoolisme a été évidemment le point de départ de l'endartérite à laquelle il a succombé (accidents cérébraux).

Parmi les autres sujets traités par M. Lancereaux, nous devons nous borner à mentionner : la pleurésie *à frigore* et les *pleurites ;* les *troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques* (pâleurs et sueurs froides, asphyxie locale, œdème et gangrène des extrémités) ; les *déplacements du rein ;* les *néphrites,* etc.

Dans toutes ces leçons, on rencontre le talent d'observation, le sens clinique et la clarté d'exposition qui caractérisent l'enseignement de M. Lancereaux.

Dr F. de Ranse.

De la gangrène des extrémités au cours de la néphrite interstitielle, par Ach. Genet, 1885.

Ce travail, écrit sous l'inspiration du docteur V. Hanot, est l'exposé très succinct des diverses théories proposées pour expliquer la survenance des accidents gangréneux au cours de la néphrite interstitielle. Le fonds de cette thèse n'est autre que la belle observation rapportée par M. Hanot à la Société médicale des Hôpitaux et qui, ainsi qu'on s'en souvient, consistait en une gangrène humide à marche foudroyante, survenue chez une femme affectée de néphrite vasculaire. Les observations de ce genre sont rares, et il faut louer M. Genet d'avoir consacré sa thèse inaugurale à l'étude de cette intéressante et redoutable complication. Cette forme n'est pas la seule qu'on observe et, sans rappeler le fait unique de gangrène symétrique rapporté par M. Roques, il n'est que juste de mentionner la forme sèche, dont les observations les plus probantes ont été publiées par MM. Bucquoy et Cocher.

Toutes ces gangrènes ont d'ailleurs une triste ressemblance, c'est leur marche rapide, leur terminaison fatale. Quant à la pathogénie de ces accidents, elle est encore litigieuse, et quoique l'auteur n'hésite pas à les rattacher toutes à l'endardérite et à l'athérôme, il y a lieu, croyons-nous, à plus de réserve et le seul fait de la fréquence extrême de l'athérome et de sa compagne habituelle, la néphrite interstitielle, opposés à la rareté absolue de la gangrène, aurait dû éveiller dans l'esprit de l'auteur quelques doutes légitimes.

Juhel-Rénoy.

Etudes sphygmographiques relatives aux maladies du cœur et de l'aorte. — Thèse de doctorat, par M. Rifat. (1885.)

L'auteur, sur les conseils de M. le professeur Vulpian, a fait un certain nombre de recherches sphygmographiques à l'aide du procédé ordinaire et du procédé suivant: il a eu soin de comprimer l'artère radiale au-dessous du point où le sphygmographe était appliqué, de telle sorte que l'amplitude des pulsations était augmentée, même à l'œil nu. On sait, en effet, grâce aux recherches de Marey, que lorsqu'un courant liquide coule à travers un conduit avec une certaine vitesse, si un obstacle subit arrête l'écoulement, toute la force vive qui était acquise par cette vitesse se transforme en pression latérale. De même, dans une artère, la vitesse perdue se transforme en pression, si l'on a empêché l'écoulement du sang de se faire.

Cette méthode donne une amplitude plus exagérée du tracé, de telle sorte que, dans certaines circonstances, il a été possible de rendre le diagnostic plus facile. C'est ainsi que le crochet de l'insuffisance aortique se retrouve toujours dans les cas d'ectasie aortique, si on a eu soin de presser sur l'artère, et dans l'insuffisance simple de l'aorte; tandis qu'on ne l'observe ni dans la fièvre typhoïde, ni dans la chlorose, ni dans les hémorrhagies abondantes.

Dans le rétrécissement de l'aorte avec insuffisance aortique, si on ne fait aucune pression sur l'artère, c'est le rétrécissement qui se dessine sur le tracé; si, au contraire, on presse sur l'artère, c'est l'insuffisance aortique avec ectasie qui se manifeste.

Dans le cas de rétrécissement de l'aorte, on obtient sans pession le tracé du rétrécissement; avec pression, on a le crochet de l'ectasie.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra et les inoculations en Espagne. — Pendant que la conférence sanitaire internationale de Rome déclare les quarantaines de terre inutiles et impraticables, le gouvernement espagnol, fidèle à l'ancienne routine, cherche en vain à s'opposer à l'extension de l'épidémie cholérique par les cordons sanitaires, plus propres à la propager qu'à la restreindre. Les statistiques publiées par les différents organes de la presse sont plus ou moins suspectes; depuis deux ou trois jours même les renseignements font défaut. Ce silence ne prouve pas que l'épidémie soit en voie de décroissance.

La commission sanitaire envoyée dans la province de Valence pour suivre les expériences du docteur Ferran est retournée à Madrid, où elle rédigera sans doute bientôt son rapport.

Ces expériences ont été généralement accueillies en France avec une grande réserve. Qu'on les envisage au point de vue de la technique de laboratoire, ou au point de vue clinique, elles soulèvent de nombreuses objections. La Commission que le ministre du commerce vient de déléguer pour aller étudier *de visu* la pratique et les résultats des inoculations, et qui doit partir demain samedi pour Madrid, aura tout d'abord à déblayer le terrain de toutes les questions extra-scientifiques qui l'encombrent et à circonscrire nettement les points sur lesquels un examen et une discussion sérieuse peuvent porter sans risquer de s'égarer. Au milieu des divergences, des rivalités, des luttes soulevées par la pratique de M. Ferran et, d'une manière plus générale, par les mesures prophylactiques à instituer, cette Commission aura sans doute quelque peine à remplir son mandat. Nous espérons toutefois qu'elle triomphera des difficultés et nous apportera les renseignements précis qui nous manquent.

Voici, à titre de document historique, un spécimen, d'après le Lyon médical, du certificat délivré aux personnes qui se font vacciner par le docteur Ferran :

N° du registre : 899.

D... s'est soumis à l'inoculation préventive contre le choléra (méthode Ferran).

Valence, 6 mai 1885.

Au verso de la carte, on lit :

AVIS

1· La vaccination anticholérique est basée sur des études faites au laboratoire : nous ne pouvons donc la présenter autrement au public.

2· Cette opération est fondée sur les principes scientifiques qui ont servi à l'éminent Pasteur pour découvrir la vaccine du charbon, du choléra des poules, du rouget des porcs et de la rage; ces découvertes, après expériences faites, ont passé dans le domaine des faits positifs.

3· La vaccination anticholérique, pareillement aux autres vaccines, n'a pas la faculté d'empêcher d'une manière absolue l'attaque du mal, mais elle donne à espérer que l'attaque sera bénigne, et il faut croire qu'elle prévient absolument un dénouement fatal de la maladie.

4· Il est à supposer que l'immunité que peut donner la vaccine anticholérique n'est pas d'une durée illimitée. Il en est de même pour les autres vaccines, celle de la petite vérole par exemple. En tout cas, la vaccine anticholérique préserve l'or-

ganisme pendant un certain temps dont les expériences n'ont pas encore déterminé la durée. Il serait bon, par conséquent, que, en cas d'épidémie, les personnes déjà vaccinées se soumissent de mois en mois à de nouvelles inoculations.

5° Attendu que la vaccination demande un certain temps pour procurer l'immunité à la personne inoculée, on fait observer que toute attaque de choléra survenue pendant les premiers cinq jours après l'inoculation se trouve en dehors de l'influence préservatrice de la vaccine, dont l'action ne peut être constatée avant l'expiration de cinq journées.

6° L'existence d'une épidémie cholérique dans une localité quelconque ne constitue pas un obstacle pour l'inoculation; tout au contraire, celle-ci devient encore plus opportune, aussi bien que la vaccine, pendant les épidémies de la petite vérole.

7° La vaccination anticholérique ne peut jamais être la cause d'une attaque de choléra.

8° Aucun des moyens préservatifs contre le choléra, employés jusqu'à présent, n'offre les garanties que donne l'inoculation préventive.

9° Les pauvres, qui prouveront leur indigence, seront vaccinés gratuitement.

— M. Roux, empêché par des circonstances personnelles de se rendre en Espagne pour étudier les résultats des inoculations du docteur Ferran, est remplacé par M. le docteur Charrin.

— M. le docteur Paul Gibier, préparateur du cours de physique au Muséum, est aussi chargé d'une mission scientifique en Espagne pour étudier l'épidémie cholérique.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Wiart, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Caen. Esprit distingué, praticien très apprécié, M. Wiart a publié dans la Gazette médicale divers travaux dont nos lecteurs ont dû garder le souvenir. Il n'avait que 46 ans.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. le docteur Calvo (Léon-Théodore); — de M. le docteur Chaspoul (de Marseille).

***

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine de Paris a désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. Proust; en deuxième ligne, M. Landouzy.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Nicolas est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Etienne.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours s'ouvrira, le vendredi 25 septembre 1885, pour deux places d'aide d'anatomie. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 19 septembre, à midi.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er novembre prochain.

***

École de médecine de Grenoble. — M. Gagneu, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant d'histoire naturelle.

École de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1885 pour une place de chef de clinique chirurgicale. Les candidats, docteurs en médecine, âgés de moins de trente-quatre ans, Français ou naturalisés Français, pourront se faire inscrire au secrétariat des Écoles d'enseignement à Alger jusqu'au 1er octobre prochain.

— Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le jeudi 22 octobre 1885. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 15 octobre prochain au secrétariat des Écoles d'enseignement d'Alger. Les conditions d'admissibilité sont les mêmes que pour le précédent concours.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 19 juin 1885, M. le docteur Gourdan-Fromentel, membre et secrétaire du Conseil général de la Haute-Saône, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

Hôpitaux. — Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sont terminées. Ont été admis à subir les épreuves suivantes : MM. les docteurs Auvard, Bureau, Doléris, Loviot et Stapfer.

***

Assistance publique. — Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1885, M. le docteur Douryest est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris.

***

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 28 juin, aux environs de Marines.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 6 heures 15 minutes du matin, pour la station de Chars.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

44. M. Lucas de Crésantignes. Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la diphthérie. — 45. M. Carilian. De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales. — 46. M. Breillot. Du tremblement. Étude de séméiologie et de clinique. — 47. M. Largeau. Premier pansement des fractures ouvertes. — 48. M. Tuffier. De la congestion dans les maladies des voies urinaires. — 49 M. Lejard. Péricardite aiguë des vieillards. — 50. M. Arduin. Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. — 51. M. Lerefait. Contribution à l'étude des aberrations morphologiques des néoplasies et notamment du fibro-molluscum. — 52. M. Barry. Étude clinique sur le molluscum pendulum. — 53. M. Sadoc. Recherches sur un point du mécanisme de l'accouchement (Étiologie des positions rares du sommet). — 54. M. Colombe. Étude sur la coca et les sels de cocaïne. — 55. M. Gervais. Histoire de l'hôpital Necker. — 56. M. Guyot. Du traitement actuel de la pustule maligne.—57. M. Topié. De la polydactylie. — 58. M. Costilhes. De la rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren). — 59. M. Walther. Recherches anatomiques sur les veines du rachis.—60. M. Galtier-Boissière. Des manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 14 au samedi 20 juin 1885.

Fièvre typhoïde 16. — Variole 1. — Rougeole 40. — Scarlatine 6. — Coqueluche 2. — Diphthérie, croup 18. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 4. — Autres

affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 47. — Phthisie pulmonaire 161. — Autres tuberculoses 29. — Autres affections générales 62 — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 13 — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 50. — au sein et mixte 28. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 77: — de l'appareil circulatoire 59. — de l'appareil respiratoire 52. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 1. — des os, articulations et muscles 12. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 890 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Des diverses déviations de la colonne vertébrale (Scolioses et Mal de Pott), par E. Duval. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie : de la grande attaque hystérique et de ses principales variétés : attaque épileptoïde, démoniaque, d'extase, létargie, de catalepsie, de somnambulisme, etc.; du grand hypnotisme ou hypnotisme hystérique, hyperexcitabilité neuro-musculaire, phénomènes suggestifs, hallucinations, automatisme, état léthargique, cataleptique, somnambulique ; l'hystérie dans l'histoire, chorée épidémique au moyen âge, possessions démoniaques, convulsionnaires extatiques ; l'hystérie dans l'art : Pierre Breughel, André del Sarte, Raphael le dominiquin, Rubens, Jordæns, etc, par le docteur Paul Richer, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpétrière. Un fort volume in-8 raisin, papier teinté : 25 francs ; papier Japon : 50 francs. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Précis des maladies de l'oreille, comprenant l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité et la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales, par le docteur Gellé, in-18 de 708 pages avec 157 figures dans le texte, 1885. — Prix : 9 fr. — Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours, by Sir Spencer Wells, bart Late, président of the royal collége of surgeons of england. Un volume in-8 de 216 pages, cartonné, avec de nombreuses figures dans le texte. — Price : three shillings and six pences. — Librairie J.-A. Churchill, éditor, 11, New Burlington Street in London.

The pathology and treatment of stricture of the urethra and urinary fistulæ, by sir Henry Thompson, f. r. c. s., M. B. Lond. Late, professor of Surgery and pathology to the royal collége of surgeons of england, quatrième édition, avec 75 figures dans le texte. — Librairie J.-A. Churchill, 11, New Burlington street in London.

Les calculs urinaires et biliaires (physiologie, analyse, thérapeutique), par le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. Un volume in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN,** place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

CONTRIBUTION A LA CHÉIROPLASTIE (1), par le docteur POLAILLON, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé libre, membre de l'Académie de médecine.

Lorsqu'on a affaire à de larges pertes de substance de la main, il est toujours indiqué de sacrifier le squelette des doigts les plus compromis et de faire, avec leur enveloppe cutanée, des lambeaux qui serviront à recouvrir les tissus mis à nu. Il est si important de conserver la main, même privée d'un ou de plusieurs doigts, qu'on ne saurait hésiter à recourir à la chéiroplastie, plutôt que de faire la désarticulation du poignet ou l'amputation de l'avant-bras. J'ai appelé l'attention sur ce procédé dans ma *Chirurgie du doigt* (DICT. ENCYCLOPÉDIQUE, t. XXX, p. 331, 1884). Malgré son utilité, il n'avait été mis en pratique que par un petit nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Courty (MONTPELLIER MÉDICAL, t. I, p. 143, 1858); Verneuil (BUL. DE LA SOC. DE CHIR., p. 518, 1863); E. Bœckel (GAZ. DES HÔPIT., p. 453, 1865). Je pense donc qu'il est à propos d'y insister de nouveau, et de faire connaître un fait où cette sorte d'autoplastie m'a donné un bon résultat.

Un homme de 48 ans, nommé Metz.... Florent, exerçant la profession de porteur aux halles, avait sur le dos de la main

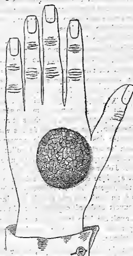


FIGURE 1

Epithélioma végétant du dos de la main, dessiné par M. Janet, externe du service.

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, séance du 13 juin 1885.

FEUILLETON

L'HYGIÈNE EN ITALIE.

Assez d'autres sont là pour louer les institutions hygiéniques de tels ou tels pays, y compris le nôtre,

Laudabunt alii claram Rhodon, aut Mytilenen,
Aut Epheson, bimarisve Corinthi
Mœnia...

disait Horace, moi je viens aujourd'hui faire l'éloge de l'Italie au point de vue de l'hygiène. Car l'Italie n'est plus une terre de morts, comme on l'a jadis prétendu. Elle vit et plus que jamais sinon au point de vue littéraire, du moins au point de vue scientifique, et en particulier au point de vue des sciences naturelles et médicales. Partout les Universités sont florissantes. Une ardeur investigatrice règne au milieu de leurs professeurs, lesquels communiquent cette ardeur à leurs élèves.

Voyez les journaux. Les Italiens n'ont rien à nous envier sous le rapport du nombre non plus que de la richesse de leurs organes médicaux. Mais c'est surtout l'hygiène qui semble le plus prospérer parmi les diverses branches de la médecine.

Bien que sur 21 Universités, six seulement aient un professeur titulaire exclusivement chargé de l'enseignement de l'hygiène, sept autres n'ayant qu'une chaire commune à l'hygiène et à la médecine légale, trois autres n'ayant qu'un enseignement tout à fait insuffisant de l'hygiène et quatre autres ne l'enseignant pas du tout (1), l'hygiène n'en est pas moins florissante chez nos voisins d'au delà les Alpes. Et la preuve de ce que j'avance, elle est là palpable dans ce superbe volume émané de la Société royale italienne d'hygiène qui a pour titre : *Les institutions sanitaires en Italie* (2). Ce volume, nos confrères ont eu l'attention de l'écrire

(1) Les Universités déshéritées sont celles de Sienne, de Pérouse, de Camerino et d'Urbino.

(2) In-4 de plus de 600 pages, Milan, imprimerie de Civelli, 1885. Le volume s'ouvre par un « Essai de bibliographie hygiénique » qui ne comprend pas moins de 115 pages à deux colonnes. Ce tableau ne porte que sur les travaux italiens de la période décen-

gauche un large épithélioma végétant (fig. 1). Cette tumeur provenait d'une verrue qui avait été excoriée et négligée. Elle avait une base arrondie. Elle s'étendait de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure des deuxième et troisième métacarpiens, et recouvrait le deuxième espace interosseux, une partie du premier et une partie du troisième espace interosseux. Elle était mobile sur le squelette, et n'intéressait point les tendons extenseurs, qui avaient conservé l'intégrité de leurs fonctions. Les ganglions épitrochléen et axillaires étaient sains.

L'ablation de cette tumeur nécessitait une large perte de substance, qui devait mettre à nu les tendons de l'index, du médius et de l'annulaire. Ces tendons, que les téguments n'auraient pu recouvrir, se seraient mortifiés ou auraient contracté des adhérences avec une large cicatrice, qui aurait certainement compromis leurs fonctions.

Je conçus donc l'idée de supprimer le doigt le plus compromis, c'est-à-dire l'index, et de me servir de son revêtement de parties molles pour recouvrir la plaie opératoire.

Cette opération fut mise à exécution au mois d'août 1884. La tumeur fut disséquée en dépassant les limites apparentes du mal. Une incision sur la face dorsale de l'index, depuis la plaie du métacarpe jusqu'à l'ongle, qui fut contourné par le bistouri au niveau de la pulpe, me permit de séparer les parties molles de ce doigt en dedans, en dehors et en avant. Pendant cette dissection, j'eus grand soin de raser les phalanges et la gaine fibreuse des fléchisseurs, de manière à conserver dans le lambeau les artères et les nerfs collatéraux. Arrivé à l'articulation métacarpo-phalangienne, le squelette de l'index fut désarticulé. J'obtins ainsi un grand lambeau, très bien nourri, qui fut appliqué sur la face dorsale de la main et fixé par des fils métalliques. Le tendon extenseur du médius, qui avait été mis à nu dans une très grande étendue, était parfaitement recouvert et devait conserver ses fonctions.

L'opération avait été faite avec toutes les précautions antiseptiques et pendant l'ischémie du membre produite par la bande de caoutchouc.

Un pansement de Lister fut appliqué, et par dessus un enveloppement ouaté, comme dans le bandage de M. A. Guérin.

La guérison eut lieu sans suppuration, par réunion immédiate du lambeau.

L'épithélioma ayant récidivé au bout de trois mois, Florent Metz... vint de nouveau me consulter.

La partie supérieure du lambeau formait une saillie bosselée, rouge, douloureuse, dure, adhérente au troisième métacarpien (fig. 2). Le ganglion épitrochléen et les ganglions

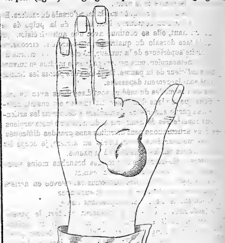


FIGURE 2

Récidive de l'épithélioma à la partie supérieure du lambeau. Dessin par M. Janet.

axillaires étaient toujours indemnes. Le pouce et l'éminence thénar n'étaient pas envahis. Toute la paume de la main était saine. La peau qui recouvrait la face dorsale des quatrième et cinquième métacarpiens était exempte d'altération.

Je donnai à entendre au patient qu'une ablation très large était nécessaire; mais que je pourrais encore lui épargner l'amputation du poignet.

Il fallait enlever toutes les parties molles du dos de la main, depuis le premier jusqu'au quatrième métacarpien, désarticuler

---

en français. Et vraiment nous avons lieu d'être fiers de voir un livre publié à Milan et dû à la plume de dix-sept Italiens des diverses parties du royaume, de voir un livre, dis-je, écrit aussi correctement dans une langue qui est loin d'être familière à ces nombreux collaborateurs. C'est là une des premières satisfactions et des plus sensibles pour le critique français appelé à rendre compte de ce travail. Mais que d'autres satisfactions intellectuelles on trouvera à profusion dans cet exposé magistral et complexe des efforts qu'ont fait et que font encore nos voisins, et en particulier leurs médecins pour se rendre utiles à l'humanité.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que date chez eux ce souci remarquable des gouverneurs d'hommes pour la santé du public tout entier. Il faut remonter presque à vingt siècles en arrière pour retrouver le germe de cette magnifique et féconde institution des médecins *condotti*, médecins communaux chargés de veiller à la santé de tous.

Les archiatres datent de loin déjà, et M. le docteur René Briau nous en a savamment retracé l'histoire, aussi bien des archiatres palatins que des archiatres municipaux, des archiatres populaires de Rome et de Constantinople, que des archiatres scholaires et des archiatres du Xyste et des Vestales (1).

En vain les barbares viendront; le moyen-âge ne se passera pas sans que dans les couvents italiens des moines ne se livrent à l'étude et à la pratique de la médecine. Si nous en croyons M. Carlo Zucchi, un hôpital était déjà annexé au monastère du Mont-Cassin fondé en 529 par des bénédictins. Et d'après le docteur H. Raseri (p. 131), c'est en grande partie aux bénédictins qu'est due aussi la création de l'Ecole de Salerne au IXe siècle.

Peu à peu l'élément laïque commença de prendre part aux études médicales. Les communes deviennent libres après les grandes luttes contre l'empire. Des Universités se fondent en grand nombre. Mais de violentes épidémies, qui fréquemment ravageaient l'Italie, font sentir le besoin de mesures défensives et

nale qui s'étend de 1872 à 1882 exclusivement. Il suffit de dire que cet exposé bibliographique est signé du nom de M. Alfonso Corradi, pour que l'on soit assuré d'y trouver de l'ordre, de la netteté et pas d'erreurs.

(1) *L'archiatrie romaine ou la médecine officielle dans l'empire romain*, in-8. Paris, 1877.

les deuxième et troisième métacarpiens et recouvrir la perte de substance avec les parties molles du médius.

Le 6 novembre 1884, le patient est chloroformisé. La bande de caoutchouc est appliquée sur le membre supérieur pour produire l'ischémie de la main.

Une incision est pratiquée sur la face dorsale du médius. En bas, cette incision contourne l'extrémité de la pulpe de ce doigt; en haut, elle se continue avec une autre incision qui longe la face dorsale du quatrième métacarpien, circonscrit l'extrémité supérieure de la tumeur, côtoie le bord interne du premier métacarpien, puis revient gagner le médius en suivant le bord inférieur de la paume. Dans tous ces points les limites du mal sont largement dépassées.

Les parties molles du médius sont disséquées avec les précautions que je viens d'indiquer. La tumeur est ensuite détachée à sa partie supérieure, de manière à découvrir les articulations supérieures du deuxième et du troisième métacarpiens. Ces deux articulations sont détruites sans grandes difficultés. Puis les métacarpiens étant attirés en arrière, je coupe les parties molles qui les retiennent à la paume.

L'artère radio-palmaire et quelques branches moins volumineuses sont liées avec des fils de catgut.

L'enveloppe tégumentaire du médius est relevée en arrière et suturée au pourtour de la perte de substance.

Pansement de Lister. Enveloppement ouaté.

Le lendemain, l'opéré ayant beaucoup souffert, le pansement est renouvelé. Le lambeau est soulevé par un copieux épanchement de sang que je fais sortir par de douces pressions. Lavages phéniqués. Etablissement de plusieurs drains.

Depuis ce jour, les douleurs ont disparu. Réunion immédiate du lambeau, sauf au niveau des drains, où il se forme un peu de suppuration, et à l'extrémité du lambeau, qui se mortifie dans l'étendue de quelques millimètres.

Sept pansements furent faits depuis l'opération jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 14 décembre.

Depuis cette époque, la guérison s'est vraisemblablement maintenue, car je n'ai pas revu Florent Metz... qui devait venir me montrer sa main au moindre signe d'une nouvelle récidive.

La main opérée pouvait rendre de très grands services, car l'auriculaire et l'annulaire jouissaient de l'intégrité de leurs mouvements, et le pouce avait conservé presque complètement son mouvement d'opposition et ses mouvements de flexion et d'extension.

La tumeur examinée par M. Chaslin, interne du service, était un épithélioma lobulé, à cellules pavimenteuses, cornées, ayant envahi les deux métacarpiens enlevés.

En terminant cette communication, je veux faire remarquer que les téguments d'un seul doigt forment un lambeau d'une étendue considérable, capable de recouvrir la moitié d'une des faces de la main, depuis la tête des métacarpiens jusqu'au poignet. On comprend donc tout le parti que l'on peut tirer de ce procédé dans les cas de brûlures ou de traumatismes étendus, aussi bien que dans les cas où l'ablation d'un néoplasme laisse une large brèche à combler.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Méningite tuberculeuse; évolution anormale, par M. Maubrac, aide-major.

Les formes cliniques de la méningite tuberculeuse de l'adulte sont multiples. A l'ancienne description classique de la méningite tuberculeuse de la base, on a ajouté la description de méningites tuberculeuses en plaques de la convexité, et récemment Chantemesse (Th. Paris, 1884) a fait de ces dernières une étude remarquable.

On est frappé, à la lecture des observations contenues dans ce travail, par la variabilité extrême des débuts, des symptômes, des modifications du pouls, de la température, de la durée d'évolution : d'autre part, ce qui paraît remarquable, c'est la prédilection du siége (zones motrices), la réaction de l'encéphale irrité par la plaque de tubercules, se traduisant par convulsions, contractures, paralysies limitées à la partie commandée par la zone motrice affectée. Ainsi, sur quatorze observations où sont nettement précisées des lésions en plaques isolées, nous trouvons que la partie intéressée a été dix fois le lobule paracentral ou l'extrémité supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes; dans les autres cas, la lésion siégeait sur les parties postérieure de la troisième frontale et inférieure de la frontale ascendante, sur la scissure de Sylvius, toujours sur la zone motrice.

---

l'utilité d'un personnel expérimenté. De là datent les premières conventions « des communes avec les médecins qui prirent dès lors la dénomination de médecins communaux ».

Aujourd'hui, sur un chiffre total de 8,258 communes, 564 seulement sont dépourvues d'un médecin administratif. Dans plus de 4,000 communes, il y a des médecins chargés de surveiller et de protéger la santé de tous les habitants, et près de 3,500 autres communes ont des médecins spécialement chargés de soigner les indigents. Mais, tandis que les archiatres étaient payés par l'Etat, les médecins condotti sont à la solde des communes.

Ces officiers de la médecine ont d'autres charges que celle de soigner les malades, ils ont aussi l'obligation de vacciner, et, en outre, d'après les dispositions de la loi sur la santé publique, chaque médecin communal fait partie de la commission municipale de santé en qualité de secrétaire. Ces commissions sont des corps consultatifs, qui doivent donner leur avis toutes les fois que les syndics jugent convenable de les consulter. Les attributions que la loi confère aux commissions municipales sur délégation du syndic et dans le territoire de la commune respective « sont les suivantes : 1o Elles prennent les dispositions opportunes pour éloigner du territoire de la commune toute cause d'insalubrité; 2o elles surveillent l'exécution des règlements locaux de police urbaine et rurale adoptés par la municipalité; 3o elles exercent une surveillance particulière sur les hôpitaux de la commune, les écoles, les salles d'asile, les établissements de bienfaisance, les orphelinats, etc., afin que rien ne manque, au point de vue de l'hygiène, à la salubrité de ces instituts; 4o elles surveillent les inhumations dans les cimetières de la commune; 5o elles informent avec sollicitude le syndic des cas de variole observés dans la commune, des cas de maladies spécifiques prenant le caractère de maladies populaires, et de toute autre cause pouvant nuire à la santé publique; 6o elles font un rapport au syndic sur les vaccinations pratiquées durant l'année dans la commune, après avoir eu soin qu'elles le fussent sur la plus vaste échelle possible; 7o elles fournissent au Conseil de santé de l'arrondissement les données pour la formation des statistiques hygiéniques et sanitaires ».

Sans doute pour tant de charges la rétribution est minime et varie trop (de 3,500 à 1,000 fr.); sans doute aussi on peut reprocher à certaines municipalités leur parcimonie et à d'autres leurs exigences et leur abus de pouvoir. Pour combattre ces abus,

Chez douze malades, dont la maladie est notée dans son début, onze fois l'affection s'est manifestée par un trouble subit, imprévu, de motricité (convulsions, épilepsie, paralysie) ou de sensibilité (douleur intense); une seule fois, la paralysie s'établit progressivement, le pied devenait lourd, le malade avait peine à le traîner, puis le bras devint plus faible, et bientôt hémiplégie.

Ces faits nous étaient connus lorsque nous eûmes l'occasion d'observer un malade mort trois jours après son entrée à l'hôtal, chez lequel nous avons recherché avec d'autant plus de soin, qu'il nous paraissait plus anormal qu'elles fussent absentes, les diverses modifications de sensibilité ou de motricité, — et, à l'autopsie, nous trouvâmes des lésions remarquables de méningite tuberculeuse de la convexité et de la base. Nous rapportons ici cette observation.

T. E..., 21 ans, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. le major Annesley le 5 avril 1884.

Homme robuste, très vigoureux, il avait fait son service régulièrement jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, sans avoir éprouvé d'autre malaise que de la céphalalgie dont il souffrait depuis cinq jours et d'un peu de faiblesse dans les jambes.

Le 4 au soir, il se sentit plus fatigué, ne dîna pas, ne dormit point de la nuit et fut pris de diarrhée : il se présenta le 5 au matin à la visite pour la première fois et fut envoyé immédiatement à l'hôpital.

En l'interrogeant, un premier fait nous frappa : le malade répondait bien aux questions qu'on lui posait, n'avait point de délire, mais paraissait très ennuyé de ce qu'on s'occupât de lui et faisait attendre ses réponses. Il n'avait point eu de vomissement; la diarrhée persistait; l'abdomen, sans taches rosées, n'était point douloureux. Dans la poitrine, nous ne pûmes constater aucune lésion. On laissa le malade en expectation, le jugeant fatigué peut-être par le voyage (il venait de Courbevoie). Temp. 38°4. — Pouls, 88.

Le 6, nous trouvons le malade aussi indifférent à nos questions, et mettant mauvais vouloir à ce qu'on l'examinât.

La nuit avait été calme, sans délire, mais sans sommeil. La température était 39°9, le pouls 88, la respiration 19.

Nous examinons avec soin les membres supérieurs et inférieurs : parfaitement sensibles, le malade les remuait très bien, se levait seul sans aide pour satisfaire ses besoins; il se plaignait encore, mais très peu de la tête, et il fallait le solliciter longtemps avant de lui faire dire où il souffrait. Les yeux n'étaient pas déviés, et le malade suivait du regard un objet porté dans les divers méridiens horizontaux, verticaux ou obliques. Les pupilles étaient égales, moyennement dilatées, sensibles à la lumière. Pas de paralysie faciale; la langue, la luette, n'étaient pas déviées.

Jamais il n'avait eu de convulsions générales ou limitées à un membre, jamais de crampes; il se servait de ses mains sans aucun signe de paralysie. Lorsqu'on chatouillait la plante du pied, il remuait les orteils et retirait vivement la jambe. Le réflexe rotulien était conservé, peut-être un peu diminué à gauche, mais très manifeste encore.

Point de vomissement; la diarrhée persistait, mais le malade se levait ou demandait le bassin et ne se souillait pas : il n'y avait ni incontinence ni rétention de l'urine où on ne constata ni sucre ni albumine.

Le soir, à trois heures, température 39°2, pouls 84. Le malade paraissait plus absorbé et plongé dans une méditation profonde; on le tirait difficilement de cet état de torpeur.

Le 7 au matin, nous apprenons que la nuit a été mauvaise : le malade a déliré; il a voulu plusieurs fois se lever sans but, sans motif; il se tenait debout et résistait vigoureusement à l'infirmier qui voulait le remettre dans son lit. Plusieurs selles diarrhéiques durant la nuit.

Nous le trouvons étendu sur le dos, les yeux ouverts, fixes, nullement déviés; la vision est presque abolie; les paupières ne se ferment qu'au moment où le doigt arrive presque au contact de la cornée, qui n'est pourtant pas nécessaire pour provoquer l'occlusion des paupières. Les deux iris sont également dilatés, insensibles à la lumière.

On ne peut tirer aucun renseignement sur ce qu'éprouve le malade qui garde un mutisme complet; il ne paraît pas absolument sourd, mais reste indifférent à ce qui se passe autour de lui, et, comme nous insistons, il nous tourne le dos en murmurant quelques paroles inintelligibles. Nous découvrons le malade qui tenait sa verge et ses testicules dans ses mains, et nous constatons que la sensibilité persiste encore; quand on pique ou chatouille la plante des pieds, les jambes se fléchissent vivement. Temp. 39°,4; pouls 88. Respiration très irrégulière, mais sans apnée.

Le soir, à trois heures, température 40°,4; pouls 92. Respiration profonde, bruyante; perte de connaissance absolue. La rétine est insensible; pas de strabisme. Carphologie; trois selles diarrhéiques depuis le matin. Mort le 8, à deux heures du matin, sans phénomène d'excitation, trois jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Tous les organes abdominaux sont sains. Le cœur n'a rien d'anormal. Le poumon droit, au milieu du lobe supérieur, contient un noyau tuberculeux gros comme une noix, jaune, caséeux au centre, sans caverne; c'est la seule lésion tuberculeuse

---

quelques journaux, entre autres et surtout le Raccoglitore medico, consacrent une partie de leurs couvertures à une *chronique noire* destinée moins à satisfaire des rancunes qu'à prévenir de jeunes confrères ignorants des menées ou des fourberies de certaines municipalités. Quant au premier grief de l'exiguïté et de la variété des prix suivant les pays, une concentration des services entre les mains de l'Etat serait, il est vrai, désirable. Mais cependant l'on hésite à faire cet appel au bras séculier, quand on songe que cette intervention risquerait de s'étendre au delà des fonctions des médecins *condotti*. Disons-le bien haut, en effet, en Italie il existe d'autres sources de services rendus à l'hygiène. Quelles belles créations et institutions charitables on y trouve dues à l'initiative privée! que d'hôpitaux, que d'hospices, que de crèches, que d'établissements d'aliénés, que d'asiles de rachitiques échappent à la centralisation administrative en rendant des bienfaits inouis. Des sociétés de crémation se fondent déjà nombreuses, des villas pour les écoliers surgissent sur divers points, des hospices maritimes en assez grand nombre fonctionnent çà et là qui devraient nous rendre jaloux, nous Français, qui n'avons à montrer que l'hôpital de Berck-sur-Mer. Berck-sur-Mer, et c'est tout. C'est tout et c'est si peu même, pour les Parisiens que l'Assistance publique envoie seuls à cet établissement. Et cependant que de scrofuleux sur tout le territoire français auraient besoin de l'eau de mer et de l'air marin.

Mais presque rien n'existe, rien ne se fonde, et cela peut-être à cause de notre centralisation administrative des services de bienfaisance comme des autres. La bienfaisance privée est tenue en laisse, et en quelque sorte sinon muselée, au moins réduite à l'impuissance ou à l'inaction par cette furie de concentration et d'unification à outrance qui paralyse, lorsqu'elle ne tue pas, les bonnes intentions.

Les Italiens sont restés Romains à ce point de vue; ils savent ménager et protéger les idées individuelles et les fantaisies locales en les utilisant au bénéfice du public. Oh! L'Etat — Providence, que de crimes on commet en ton nom! ou plutôt que de bienfaits on annihile!

Et cependant, chose bizarre et surprenante, tandis que dans l'empire français, « sous le sceptre de Napoléon le Grand », il n'existait aucune trace d'organisation sanitaire, si l'on en excepte le Conseil municipal de salubrité, formé de quatre membres et insti-

existant dans les poumons ou les plèvres. Les ganglions bronchiques ne présentent aucune altération.

Cerveau. — La calotte crânienne étant enlevée, on incise la dure-mère qu'on rabat sur les côtés; elle est saine. La convexité du cerveau mise à nu offre des lésions visibles sur place, avant d'enlever l'organe. Sur la pie-mère, et des deux côtés symétriques, existent à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes une plaque de granulation tuberculeuse, de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Cette plaque, à cheval sur le sillon de Rolando, repose sur un tissu qui paraît sain; les parties voisines ne sont pas congestionnées. La pie-mère sur le reste de la convexité est intacte. Au niveau des plaques, les granulations grosses comme des têtes d'épingle sont grisâtres, placées le long des vaisseaux; la pie-mère est épaissie, peu adhérente aux circonvolutions dont elle entraîne des portions de la couche superficielle. La couche corticale ne paraît pas altérée; la substance blanche sous-jacente n'est ni congestionnée ni ramollie.

Au niveau du confluent antérieur, un exsudat verdâtre, fibrinopurulent, recouvre la pie-mère épaissie et opaline; la même altération existe au niveau du confluent postérieur, à la face supérieure du cervelet. L'espace interpédonculaire, le bord supérieur et antérieur de la protubérance, le nerf moteur oculaire commun du côté gauche, sont le siége d'un piqueté hémorrhagique surtout intense sur le nerf. Les coupes de la protubérance montrent que la lésion ne pénètre pas et est limitée à la couche la plus superficielle.

Les sylviennes et leurs branches sont couvertes de petites granulations blanches, ceci des deux côtés; de loin en loin, dépôts fibrino-purulents. Une artériole prise sur une plaque de la convexité a été examinée au microscope et a montré dans la couche externe la disposition tuberculeuse type : anneau incomplet de petites cellules lymphatiques pénétrant dans la couche externe; en même temps, endartérite et diminution du calibre de l'artère. Dans les ventricules latéraux et moyens, petite quantité de liquide, sans ramollissement de la substance blanche.

Nous n'insistons pas sur l'élévation de la température et la fréquence du pouls; ces faits ne sont plus rares. Les observations rassemblées par Chantemesse montrent l'absence complète de régularité dans la courbe; la méningite peut même évoluer « sans que la température dépasse le degré normal ».

Cette méningite est restée longtemps latente. Les lésions constatées à l'autopsie montrent que la maladie évoluait depuis plusieurs jours; elle s'est manifestée par de la céphalalgie, de la torpeur intellectuelle, de l'apathie, de l'indifférence, puis du délire, du coma, sans paralysie, je dirai même sans parésie des membres inférieurs, témoin les efforts de l'infirmier pouvant à peine résister au malade qui voulait marcher dans la salle.

La méningite de la base paraissait la plus ancienne; elle a évolué longtemps sans tourmenter le malade, qui avait fait son service jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, souffrant de la tête depuis cinq jours seulement. Les plaques de la convexité n'ont déterminé aucun trouble moteur ou sensitif.

Sans admettre une indépendance complète dans ces deux lésions, ni dire que les symptômes observés avant la mort soient sous l'influence de la méningite de la base seule, nous croyons pouvoir ainsi interpréter la marche des accidents : La localisation initiale a été à la base, puis se sont développées les deux plaques de la convexité; mais la lésion basilaire, la plus ancienne, a déterminé, la première, des accidents qui lui sont propres. Dans le cas particulier, troubles de l'intelligence presque exclusivement (l'absence de strabisme ou d'inégalité pupillaire nous paraît exceptionnelle, étant donné les lésions apparentes et grossières du moteur oculaire commun et de l'espace interpédonculaire); puis la mort est survenue, trop tôt pour permettre aux plaques de la convexité de produire à leur tour les troubles habituels moteurs ou sensitifs.

Nous savons, en effet, que la méningite en plaques de la convexité « exceptionnellement latente jusqu'à l'autopsie » peut évoluer lentement, sans prodromes, sans signes, et, brusquement, sans lésion ancienne, elle se révèle en pleine santé par des symptômes initiaux foudroyants, mortels à bref délai. Mais alors on trouve de l'encéphalite dans la portion sous-jacente à la lésion tuberculeuse, et cette altération inflammatoire n'existait pas encore dans le cas que nous avons observé.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter, parce qu'elle présente, en même temps qu'une méningite de la base, deux plaques tuberculeuses, symétriques, de dimensions égales, siégeant au lieu d'élection, à la partie supérieure des frontale et pariétale ascendantes, n'ayant déterminé aucun trouble de sensibilité ou de motilité; le tout développé chez un sujet très vigoureux, porteur d'un seul petit noyau tuberculeux dans le poumon, et ayant entraîné la mort très rapidement après le début des premiers accidents graves.

---

tué par le préfet de police de Paris le 9 juillet 1802; dans le royaume d'Italie, au contraire, une loi créa une administration sanitaire autonome, indépendante, dont les organes, distribués dans toute l'étendue du royaume et coordonnés entre eux par voie hiérarchique, siégeaient dans chaque commune, dans chaque district, dans chaque province, et dans la capitale près le ministre de l'intérieur de qui dépendait le magistrat central de santé.

On ne peut expliquer ce phénomène politique, ajoute M. Zucchi, que par la préexistence, en Lombardie, d'une organisation sanitaire déjà avancée et par l'institution du magistrat central de santé de la république italienne, dont était président l'illustre médecin Moscati, qui avait déjà tant contribué aux précédentes réformes hygiéniques. Toute l'administration sanitaire avait son point de ralliement au ministère de l'intérieur. Les autres points de contact étaient : dans les provinces, les préfets qui présidaient à la commission départementale de santé; dans les districts, les sous-préfets qui remplissaient les fonctions de commissaires délégués des commissions provinciales; dans les communes, les podestats ou syndics (maires) et les autres membres de la municipalité qui formaient les députations sanitaires. L'efficacité de ces corps administratifs se manifestait par des actes d'inspection et de vigilance et par le pouvoir exécutif du magistrat et des commissions provinciales, qui s'étendait, en cas d'urgence, aux sous-préfets des districts et aux députations communales. »

Aujourd'hui, après soixante-dix ans écoulés, sommes-nous aussi avancés dans notre France républicaine? Hélas! tant s'en faut! non. Aussi devons-nous remercier nos confrères italiens de nous avoir donné de si beaux exemples, et, dans notre propre langue, de si bonnes leçons! En jetant un coup d'œil sur ce magnifique recueil, on reconnaît la main directrice des pionniers de l'hygiène, des vaillants champions de la médecine, qui ont nom Alfonse Corradi, cet apôtre si érudit de l'hygiène et de l'histoire médicale, Carlo Zucchi, le vénérable médecin du grand hôpital de Milan, Pagliani, le jeune professeur de Turin, Tamburini, le savant professeur de psychiatrie de Modène, Gaetano Pini, l'ardent propagateur de l'incinération des cadavres, et Bodio, et Sormani, et Raseri, Manayra, Denza, Maggiorani, Tassani, Musatti, Galassi, Dell'Acqua, Parola.

Gloire à tous ces travailleurs et merci au nom de la France.

Il y a une vingtaine d'années, Eugène Pelletan réclamait, pour

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES CONDITIONS DE L'ACTIVITÉ CÉRÉBRALE ET SUR LA PHYSIOLOGIE DES NERFS, par H. BEAUNIS. Un volume in-8. — Paris, J.-B. Baillière, 1884. — II. DE LA JUSTESSE ET DE LA FAUSSETÉ DE LA VOIX (*Étude de physiologie musicale*), par H. BEAUNIS. Une brochure in-8. — Paris, J.-B. Baillière, 1884. — III. ÉTUDE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE SUR L'ÉLASTICITÉ PULMONAIRE, par J. LALOU. Thèse de doctorat, 1884.

M. le professeur Beaunis a publié à la fin de l'année dernière le premier volume des travaux du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Nancy. Ce volume contient trois importants mémoires : le premier traite de « *l'influence de l'activité cérébrale sur la sécrétion urinaire et spécialement sur l'élimination de l'acide phosphorique* »; le second est intitulé : *Recherches sur le temps de réaction des sensations olfactives*; et le troisième : *Recherches sur les formes de la contraction musculaire et sur les phénomènes d'arrêt*. On voit tout de suite le lien qui réunit étroitement ces questions diverses : c'est l'étude expérimentale des conditions qui déterminent les fonctions nerveuses et, plus particulièrement, l'innervation cérébrale. Seulement le problème est abordé de divers côtés. C'est le meilleur moyen de le résoudre, puisque, le système nerveux central produisant des réactions fonctionnelles différentes, il importe d'étudier toutes ces réactions, si l'on veut se rendre un compte exact des mécanismes cérébraux.

Le premier mémoire (1) prend la question par son côté le plus apparent, pour ainsi parler. Ce n'est pas à dire pour cela que ce soit le plus aisément abordable. C'est la partie chimique du problème, et celui-ci peut, sous ce rapport, s'exprimer en des termes très simples : quelle est l'influence de l'activité cérébrale sur le mouvement de désassimilation? Mais la position seule de la question implique l'examen d'autres points qui touchent à cette physiologie si compliquée de la nutrition. On comprend, en effet, qu'il est nécessaire, non pas même pour résoudre le problème énoncé plus haut, mais seulement, je le répète, pour le poser, de déterminer le régime alimentaire normal, de connaître le mode suivant lequel se font les *excreta* et le mode suivant lequel ils varient, de fixer et de suivre la relation qui existe entre les diverses substances ingérées, eau, albuminoïdes, hydrocarbonés, etc., et les divers produits d'excrétion.

C'est à ce travail un peu ingrat, mais extrêmement utile, et d'ailleurs indispensable pour le but qu'il se proposait, que M. Beaunis a donné d'abord tous ses soins. Aussi peut-on admettre avec confiance les résultats qu'il a obtenus.

En France on connaît surtout, en ce qui concerne l'influence de l'activité cérébrale sur la composition des urines, la thèse de Byasson, qui remonte déjà à l'année 1868 : *Relations qui existent entre l'activité cérébrale et la composition des urines*. Mais Byasson ne s'est pas placé dans les conditions d'observation exacte dont il a été parlé tout à l'heure. Il s'était soumis à un régime alimentaire anormal, se nourrissant exclusivement d'un pain fabriqué à cet effet et ne buvant que de l'eau. Une alimentation aussi spéciale, aussi peu variée, ne pouvait pas ne pas modifier la nutrition. De plus, cet observateur semble avoir méconnu la nature même du mouvement d'assimilation et de désassimilation en se plaçant dans les conditions suivantes : après avoir établi son régime, il garde un repos absolu pendant un temps donné; puis, pendant le même temps, se livre à un travail musculaire violent, puis à un travail cérébral soutenu. Mais est-il croyable que les résultats des analyses d'urine, faites durant ces trois périodes distinctes, pourront être considérés en toute sûreté comme exprimant les modifications qui résultent des conditions mêmes des expériences? Tel est, au contraire, d'après tout ce que l'on sait des phénomènes de nutrition, le mouvement de désassimilation que les conditions d'une expérience de cet ordre ont encore leur effet, après qu'elles ont cessé d'être réalisées; et tel est, en général, le retard de la désassimilation que les excreta n'ont point un rapport immédiat avec les ingesta. Pour l'acide phosphorique, par exemple, dont il s'agit particulièrement dans ces recherches, les expériences de Sick et d'Hammond ont montré qu'après l'ingestion de ce corps, sous forme de phosphate de soude, il faut plusieurs jours pour que l'élimination de l'acide ingéré soit complète. M. Byasson a donc laissé les conditions de ses expériences empiéter en quelque sorte les unes sur les autres, et ainsi les résultats

(1) Paru déjà dans la REVUE MÉDICALE DE L'EST, octobre, novembre et décembre 1882.

---

les Français, *la liberté comme en Autriche*. Aujourd'hui, si notre pays possède la liberté jadis enviée, en revanche, au point de vue hygiénique, nous sera-t-il permis, à notre tour, de réclamer pour notre pays une hygiène comme en Italie.

Docteur Paul FABRE (de Commentry).

LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE a décidé : 1o que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2o que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante :

Étudier, sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts accidentelles déterminées par les excès de boissons, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 1,000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1886.

Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante :

Le *Livre des mères*, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie.

Montant du prix : 1,000 francs. Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

Conformément aux dispositions de l'article 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1886, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contremaîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui lui seront signalés pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

ne peuvent être avec certitude attribués à telle on telle série d'expériences.

M. Beaunis, an contraire, n'a rien changé à son régime, estimant avec raison que les variations de composition des snbstances alimentaires habituelles (viande de boncherie, œufs, pain) sont assez restreintes pour qn'on n'en tienne pas compte; l'adoption d'un régime uniforme, constitué par un petit nombre d'aliments trés simples dont la composition fût connue et dont l'analyse, une foie faite, donnât la teneur invariable en albuminoïdes, graisse, hydrocarbonés, etc., entraînerait une cause d'erreur autrement considérable. Il s'est donc contenté d'analyser le vin et le lait, de doser la quantité d'eau, de peser tous les aliments solides et liquides. Quant à la composition de ces aliments, il s'est reporté aux analyses données dans le traité de Moleschott, *Physiologie der Nahrungsmittel*, dans le livre de Payen, *Des substances alimentaires*, et dans qnelqnes recueils spéciaux, allemands et français. Il a, de cette façon, déterminé pour chaque jour les quantités d'albumine, de graisse, d'hydrocarbonés, de sucre, d'acide phosphorique, d'alcool et d'eau, contenues dans chaque substance alimentaire ingérée. Relativement à son genre de vie, il n'a rien changé non plus; il a seulement noté heure par heure l'emploi de son temps et établi ainsi pour chaque jour les heures de veille, de sommeil, de lever, de coucher et de travail intellectuel.

D'autre part, les fèces ont été régulièrement pesées, les urines mesurées, leur densité examinée et leur acide phosphorique dosé. Toutes ces observations ont été prises par l'auteur lui-même. Inutile de faire remarquer l'importance de ce détail, étant donné en particulier le dosage de l'acide phosphorique par le procédé de l'acétate d'urane.

Les expériences n'ont pas duré moins de quarante-six jours.

Il en est résulté d'utiles résultats pour la statique de la nutrition. M. Beaunis a été amené en effet à étudier un certain nombre de points sur lesqnels, grâce aux conditions de rigoureuse exactitude dans lesquelles il s'était placé, il a pu faire d'importantes remarqnes. Ces remarques portent particuliérement sur la ration d'entretien, sur les variations horaires de la sécrétion urinaire, sur les rapports de ces variations avec la ration alimentaire. Il importe de signaler à ce propos l'indépendance relative de la sécrétion urinaire et de l'alimentation que M. Beaunis a observée: les Allemands, Neubauer et Vogel (*Des urines*, trad. franç.) par exemple, n'hésitent pas à attribuer le maximum de la sécrétion qui tombe vers midi et demi à l'influence du principal repas. Les expériences très précises de M. Beaunis mettent hors de doute qu'une cause, autre que l'alimentation, détermine les variations de la quantité de l'urine et que cette cause joue même, dans les conditions ordinaires d'une alimentation *modérée* (surtout en fait de *boissons*) un rôle prépondérant. Elles semblent indiquer qu'une grande part d'influence revient à la saison dans laquelle on fait les expériences, cette influence de la saison s'exerçant d'ailleurs de diverses manières, par la température, par l'éclairement de l'atmosphère, par l'état hygrométrique, pent-être aussi par l'état électrique, le magnétisme terrestre, la proportion d'ozone, etc. Un résultat très neuf de ces expériences est d'attirer l'attention sur le rôle de la radiation lumineuse: c'est une cause généralement négligée par les physiologistes et qui est peut-être à considérer dans nn certain nombre de phénomènes. En ce qui concerne les causes proprement physiologiqnes qui agissent sur la sécrétion urinaire, M. Beaunis note l'importance de la perspiration cntanée et de l'innervation sensitive de la pean, modifiant par action réflexe soit l'état de la circulation cntanée, soit les sécrétions urinaire et sudorale elles-mêmes.

Quant à l'élimination de l'acide phosphorique, elle est étudiée avec le même soin rigoureux. L'auteur détermine la quantité d'acide éliminée en vingt-quatre heures, le rapport de l'acide éliminé avec l'acide introduit dans l'organisme et avec la quantité d'aliments ingérés, les variations horaires de l'élimination, les variations sous l'influence de la veille et dn sommeil. Il résulte de ces recherches qne les variations de la quantité d'acide phosphorique éliminé chaque jour ne sont pas aussi considérables qu'on l'admet généralement; que l'excrétion de cet acide se maintient à peu près constante, malgré les variations de l'alimentation; que deux fois sur trois environ, la proportion d'acide éliminé par heure de lever est plus considérable, etc.

Faut-il attribuer ce dernier fait en partie à l'influence de l'activité psychique? Et faut-il, à ce point de vue, le rapprocher de cet autre fait, que les recherches de M. Beaunis n'établissent pas moins nettement, à savoir que presque toujours aux ascensions de la courbe dn travail cérébral correspondent, *le jour suivant*, des ascensions de la courbe de la quantité d'aliments? C'est la proportion d'aliments non azotés qui augmente ainsi le lendemain des jours où le travail cérébral a duré le plus longtemps.

Mais ce sont là des questions que réserve l'auteur. Il remet à un travail ultérieur l'interprétation de la plupart des faits qu'il indique. Il lui a semblé qu'il fallait d'abord se contenter d'établir avec une minutieuse précision tous ces faits. Aussi bien, un travail préliminaire est indispensable, qui consiste à déterminer la nature et les variations de l'alimentation et le mouvement de la désassimilation, pour essayer de saisir l'influence qu'exerce sur la nutrition une cause donnée.

Cette seconde partie des recherches de M. Beaunis sera attendue avec impatience.

Le deuxième mémoire, dans lequel il s'agit dn temps de réaction des sensations olfactives, a été publié en partie par la GAZETTE (1). Il convient donc de n'y pas insister ici.

On se rappelle que M. Beaunis a pu faire, sur la durée des sensations olfactives, des expériences analogues à celles que d'autres physiologistes ont faites sur les sensations tactiles, auditives et visuelles, et qu'il a pn, grâce à un ingénieux appareil de son invention, mesurer d'une façon précise le temps qui s'écoule entre le moment d'une excitation de l'odorat et le moment où se produit la sensation. Il a trouvé des résultats variables, suivant les différentes substances avec lesquelles il expérimentait (sur lui-même): ainsi, c'est avec l'ammoniaque que le temps de réaction est le plus court (37,8 centièmes de seconde en moyenne), et c'est avec l'acide phénique qu'il est le plus long (67 centièmes de seconde en moyenne).

L'analyse des résultats qu'il a obtenus amène l'auteur à concevoir une théorie assez séduisante sur les substances dites odorantes. Il remarque que tous les essais qu'il a faits avec le musc ont été infrnctueux. Au contraire, la pnissance de pénétration (ce mot désigne à la fois la netteté et l'intensité de

(1) N° du 10 février 1883. Paru également dans la REVUE MÉDICALE DE L'EST, février et mars 1883.

l'impression d'où résulte la sensation) est au maximum pour l'ammoniaque. Or, l'ammoniaque agit presque exclusivement sur les nerfs tactiles, tandis que le musc est une substance pure. L'auteur suppose alors que dans la sensation produite par les substances intermédiaires entre l'ammoniaque et le musc, considérés comme les deux types opposés, il entre deux éléments : l'élément tactile et l'élément odorant, chacun déterminant une sensation distincte. Mais ces sensations sont fusionnées par l'habitude, comme nous fusionnons dans la sensation complexe de timbre les sensations distinctes du son fondamental et des harmoniques. Il y aurait donc : 1o des substances agissant uniquement sur les nerfs du tact ; 2o des substances agissant à la fois sur les nerfs tactiles et sur les nerfs olfactifs ; 3o des substances, comme le musc, agissant uniquement sur les terminaisons olfactives. La deuxième classe comprendrait la plupart des substances considérées généralement comme odeurs. Il est vrai que ces substances paraissent être très peu nombreuses, puisque chez les individus anosmiques, c'est-à-dire dont l'odorat est aboli, mais qui conservent la sensibilité tactile de la pituitaire, la menthe, le chloroforme, le sulfure de carbone, etc., ne produisent plus aucune sensation : ce qui n'arriverait pas, si dans ces substances il y avait les deux éléments tactile et odorant.

La puissance de pénétration, qui pratiquement se mesure par les différences dans le temps de réaction, doit donc tenir à une autre cause. Cette cause, c'est probablement la quantité de substance nécessaire pour déterminer une sensation, en d'autres termes, la divisibilité de cette substance. En effet, si on dresse un tableau des substances odorantes suivant la quantité *minima* de substance nécessaire pour la sensation, on voit que l'ammoniaque occupe le degré le plus bas de la série et le musc le degré le plus élevé. D'où M. Beaunis conclut que la puissance de pénétration serait inversement proportionnelle à l'activité odorante. Mais il ne voit pas, pour le moment, d'explication possible de ce fait.

Toutes ces remarques le conduisent à supposer que les substances odorantes peuvent agir sur deux espèces distinctes de filets nerveux. Cette idée de filets nerveux distincts pour les variétés d'une même sensation a d'ailleurs été admise par beaucoup de physiologistes pour la vue, le goût, le toucher. C'est à l'histologie de trancher la question.

Quoi qu'il en soit, il semble qu'on puisse diviser les substances odorantes en deux classes : les *odeurs pures*, comme le musc, et les *odeurs mixtes*, dans lesquelles il se joint à l'élément odeur quelque chose de piquant qui les rapproche jusqu'à un certain point des sensations tactiles de la pituitaire.

M. Beaunis a complété son travail par une intéressante étude sur la comparaison du temps de réaction pour les différentes sensations (1), tactiles, auditives, visuelles, gustatives (2) et olfactives.

Cette comparaison est-elle possible ? Le temps de réaction comprend : 1o L'excitation de l'appareil sensitif par l'agent extérieur ; 2o la transmission de l'excitation par le nerf sensitif jusqu'aux centres sensitifs ; 3o l'excitation des centres sensitifs ; 4o la série des actes cérébraux qui transforment la sensation en idée d'un mouvement volontaire ; 5o l'excitation du centre moteur ; 6o la transmission motrice ; 7o l'excitation des terminaisons nerveuses motrices ; 8o la contraction musculaire. Or les actes 4o, 5o, 6o, 7o et 8o sont identiques et ont par conséquent la même durée. Il se peut aussi qu'il en soit de même pour les actes 2o et 3o. Mais la première période doit être très variable. Instantanée pour la vue, à cause de la vitesse de la lumière, déjà moins rapide pour l'ouïe, encore moins pour le toucher (il faut que l'ébranlement mécanique produit par un corps qui arrive au contact de l'épiderme se transmette jusqu'aux corpuscules du tact), elle est évidemment assez longue pour le goût et l'odorat. C'est en effet dans ces deux cas que la substance qui excite l'appareil nerveux n'agit qu'après avoir traversé une couche plus ou moins complexe d'éléments organiques. C'est dans ce fait qu'il convient de voir la cause de la longueur du retard.

Il est probable aussi que la deuxième période a des durées variables. Si l'on admet, en effet, ce qui est vraisemblable, que la durée de la troisième période (excitation des centres sensitifs) est égale pour toutes les sensations, comme le temps de réaction est plus long pour les sensations visuelles que pour les sensations auditives et tactiles, alors cependant que la première période est beaucoup plus courte pour la vue, il faut bien que l'excès de durée de la sensation visuelle tienne à la longueur de la deuxième période ; en d'autres termes, il faut plus de temps pour la modification de l'appareil terminal rétinien que pour celle de l'appareil terminal acoustique ou tactile.

Telle est cette analyse minutieuse et approfondie à laquelle M. Beaunis a soumis certaines des conditions de la sensation. Ce n'est en effet que par une telle analyse qu'on peut espérer résoudre le délicat problème du mécanisme intime de la sensation. Cette étude nous fait donc déjà pénétrer plus avant que la première dans la connaissance des phénomènes nerveux qui déterminent l'activité psychique. Le troisième et dernier mémoire du volume nous conduira encore plus loin.

Mais, avant d'en exposer les résultats, il convient peut-être de dire quelques mots d'une autre étude de M. Beaunis, qui a trait à la sensation musicale et qui se rapproche par certains côtés du travail sur les sensations olfactives. En effet, c'est aussi une analyse des conditions nécessaires à la production d'une sensation donnée.

L'auteur se demande pourquoi telle voix est juste ou fausse, et pose tout de suite le problème de la façon suivante, évidemment exacte : quelles sont, dans la justesse et dans la fausseté de la voix, la part de l'oreille et la part du larynx ?

Il y a là une intéressante étude critique des rapports qui existent entre les phénomènes objectifs du son et les phénomènes subjectifs, consécutifs à l'excitation nerveuse et, en particulier, de la *mémoire musicale*. Il convient aussi de signaler une remarque sur laquelle M. Beaunis insiste avec raison, à savoir la grande importance de la sensation musculaire relativement à la justesse de la voix. La justesse de la voix a en effet pour condition indispensable la précision de la contraction musculaire ; et cette sensation musculaire est d'une finesse étonnante. Ainsi le muscle thyro-aryténoïdien a une longueur environ de 15 millimètres ; à son maximum de contraction, il ne se raccorcit guère au delà de 10 millimètres ; les variations de longueur du muscle correspondant aux divers degrés de hauteur de la voix porteront donc sur 5 millimètres seulement ; en d'autres termes, un chanteur ordinaire, dont la

(1) Paru dans la REVUE PHILOSOPHIQUE, juin 1883.

(2) Il est très difficile, on l'a remarqué souvent, et M. Beaunis met très bien en lumière les différentes causes d'erreur, d'étudier les sensations gustatives. M. Beaunis, cependant, y est arrivé, grâce à d'ingénieuses dispositions expérimentales (v. p. 65-67).

voix a par exemple une étendue d'une octave et demie, devra apprécier des différences de contraction musculaire qui se chiffrent par des fractions de millimètre. De même pour la tension ; dans un aussi petit muscle, il n'y a pas moins de 40 à 50 états de tension différents à apprécier pour satisfaire aux différentes notes de la voix. Aussi est-il presque impossible de tenir une note absolument juste, la tension et la longueur des muscles subissant des variations à peu près inévitables ; la voix la plus juste oscille toujours autour d'une position moyenne juste, à laquelle elle ne reste jamais bien longtemps. Des expériences, peu connues en France, de Hensen et de Klünder, rapportées par M. Beaunis, expériences très simples et très curieuses, le démontrent nettement.

Tous ces faits ne prouvent-ils pas la complexité de nos sensations et qu'il faut les soumettre à une analyse, comme le veut M. Beaunis, les décomposer en leurs éléments, pour essayer de pénétrer le mécanisme de leur production?

Le mémoire sur les *formes de la contraction musculaire et sur les phénomènes d'arrêt* (1) est le plus long et sans contredit le plus important du volume publié par M. Beaunis. L'auteur en a donné les idées essentielles dans la GAZETTE (nos 50, 51 et 52 de l'année 1883 et 14 et 15 de l'année 1884). Je ne ferai donc que signaler les principaux résultats de ces recherches.

Malgré les études si nombreuses et si approfondies qui ont été faites de la contraction musculaire, M. Beaunis a su trouver encore sur ce point des faits nouveaux et intéressants, en particulier sur le tétanos du muscle curarisé, sur la contraction initiale et sur la contraction terminale dans le muscle tétanisé par l'excitation électrique du nerf moteur. Mais là n'est pas véritablement l'importance de son travail ; elle est toute dans la différence, qu'il a observée et très minutieusement étudiée, entre la contraction réflexe et la contraction directe ; c'est cette étude qui l'amène à la remarquable conception des actions nerveuses générales d'arrêt qui constitue l'idée maîtresse de son mémoire.

On sait que, lorsqu'on excite, sur une grenouille par exemple, le nerf sciatique, il n'y a pas seulement une contraction dans les muscles de la patte du même côté, mais aussi dans les muscles de la patte du côté opposé. C'est cette seconde contraction qu'on appelle la *contraction névro-réflexe* ou simplement *réflexe*. M. Beaunis l'a étudiée avec une très grande précision, ainsi que les contractions réflexes produites par des excitations cutanées ou viscérales (cœur, estomac, intestins), contractions *périphéro-réflexes* et contractions *viscéro-réflexes*, et les contractions consécutives aux excitations des centres nerveux, moelle dans ses différentes portions, bulbe, encéphale (2). Les nombreux faits qu'il a réunis et soigneusement classés sur ces divers points lui servent à établir la différence qu'il y a entre la contraction directe et la contraction réflexe ; ces différences se retrouvent aussi dans les deux tétanos, direct et réflexe. Essentiellement, la contraction réflexe est plus tardive, plus courte et de plus longue durée.

Reste à savoir quelle est la cause de ces modifications et quelles conditions déterminent la forme de la contraction réflexe et du tétanos réflexe? Par une interprétation qui paraît rigoureuse de ses expériences, M. Beaunis montre qu'il faut chercher ces conditions dans les centres nerveux et que la contraction musculaire réflexe n'est qu'une contraction directe modifiée par des actions d'arrêt. Et c'est dans cette idée que la plupart des faits observés par le savant physiologiste trouvent leur explication : ainsi s'expliquent les formes diverses du tétanos (p. 98-99), l'action de la strychnine (p. 108-210), l'allongement (1) du muscle, consécutif à une excitation réflexe, au lieu de son raccourcissement, etc.

Mais, pour l'auteur, ces actions d'arrêt sont un phénomène très général. Non seulement dans les centres nerveux, mais même dans les nerfs moteurs, on trouve des marques d'influences inhibitoires. Aussi M. Beaunis conclut-il que toute excitation nerveuse détermine dans la substance nerveuse excitée une modification positive et une modification négative, sortes de courants contraires, de la composition desquels résulte justement la forme de la contraction. Et c'est parce que les conditions dans lesquelles se produisent ces phénomènes d'arrêt ne sont pas encore bien connues qu'on ne peut expliquer parfaitement les formes variables du tétanos réflexe. — Il en est de toute autre manifestation, consécutive à une excitation nerveuse, comme du mouvement : une sécrétion, une sensation, etc., n'est que la résultante de ces deux actions contraires, excitante et inhibitoire.

On voit tout de suite l'importance, au point de vue psychologique, de cette conception, fondée, il importe ici de le répéter, sur des faits expérimentalement établis. M. Beaunis expose avec netteté ces conclusions psychologiques ; on peut les résumer d'un mot : tout processus psychique est la résultante de deux actions contraires, une action impulsive, une action d'arrêt. Nous pénétrons par là dans la connaissance du fonctionnement intime de la substance nerveuse.

L'importance de ces faits n'est pas moins grande pour la clinique, M. Beaunis ne manque pas de l'indiquer. C'est ainsi qu'il distingue des paralysies par exagération des actions d'arrêt et des contractions par abolition de ces mêmes actions On trouvera à la page 144 la relation et l'ingénieuse interprétation d'une curieuse expérience qui présente un fait de ce dernier ordre. Il en est de même des anesthésies et des hyperesthésies et des troubles sécrétoires.

Que faut-il penser maintenant de cette conception même de M. Beaunis? Elle repose certainement en grande partie sur des faits ; mais on ne doit pas se dissimuler qu'elle n'est pas toujours l'interprétation adéquate des expériences. Il se glisse parfois dans l'interprétation de ces expériences un peu d'hypothèse. Ainsi M. Beaunis ne démontre pas réellement, au sens propre du mot *démontrer*, que les variations des secousses musculaires, qu'il étudie avec une si grande exactitude (p. 95-98), dépendent bien d'actions d'arrêt. Il les *explique*, et les explique parfaitement, par de telles actions existant simultanément avec les actions motrices. Mais ne faudrait-il pas d'abord *démontrer* l'existence réelle, dans ce cas, de ce processus inhibitoire, comme il est prouvé pour d'autres cas?

Ce n'est évidemment là qu'une réserve ; mieux vaut encore employer le mot *desideratum*. En effet, ces recherches ont besoin d'être poursuivies : si les actions motrices sont au-

(1) Toutes les expériences de l'auteur ont été faites sur les grenouilles.

(2) J'ai déjà indiqué, dans une étude sur l'*excitabilité de l'écorce du cerveau* parue ici même (Voy. GAZETTE du 12 et du 19 juil. 1884), les intéressants résultats que M. Beaunis a obtenus par l'excitation de l'encéphale chez la grenouille (GAZ. du 12 juillet, p. 321).

(1) C'est là un fait tout nouveau que M. Beaunis semble avoir bien établi (Voy. le tracé de la p. 147), dont l'importance, relativement à la réalité des phénomènes d'arrêt, n'échappera à personne.

jourd'hui bien connues, la connaissance des actions d'arrêt s'ébanche seulement. Rien d'étonnant à ce que les premiers essais de détermination des lois qui régissent ces phénomènes présentent quelques lacunes. M. Beaunie s'est engagé dane cette voie difficile ; il y a déjà trouvé des faits nonveaux et très intéressants, et une idée générale féconde. C'est pourquoi on doit désirer qu'il donne le plus prochainement possible une suite à ees recherches.

Les thèses de physiologie sont assez rares à la Faculté de médecine pour qu'on néglige le moins possible de signaler celles qui, de temps à autre, y sont soutenues. Le travail de M. Lalon sur l'élasticité pulmonaire a été fait au laboratoire de physiologie de la Faculté, sous la direction de M. Laborde, chef des travaux. Il contient une partie anatomique et une partie proprement physiologique.

Dans la première partie, l'auteur étudie d'abord la trame élastique du poumon, puis la distribution des fibres musculaires lisses dans l'arbre bronchique et dans les vésicules aériennes.

Au point de vue physiologique, c'est justement du rôle qui revient à chacun de ces deux éléments, fibres élastiques et fibres lisses, dans l'élasticité pulmonaire, que s'occupe M. Lalou. Il s'est servi pour ses expériences d'une ingénieuse disposition imaginée par M. Laborde (v. p. 36-38) et il a pu prendre facilement le tracé de la rétraction dn poumon. Ces tracés montrent nettement la persistance du phénomène sur des poumone de chien, huit jours après la mort de l'animal; ce n'est que le treizième jour que la rétractilité paraît absolument perdue. M. Laborde avait déjà constaté le même fait eur les poumone de l'homme (1).

Il semble dès lors difficile de faire dépendre la contractilité pulmonaire de l'action des fibres lisses. D'ailleurs, en eectionnant un des pneumogastriques d'un chien et en eacrifiant l'animal trois mois après la section, M. Lalou a vu que la rétraction des deux poumons s'effectne à pen prés de la même manière. Or, les fibres lisses dn poumon dont le pneumogastrique avait été coupé étaient évidemment paralysées. Ces fibres ne jouent donc pas un rôle comparable à celui des réseaux élastiques dans les phénoménes mécaniques de la respiration, et par suite l'influence du pneumogaetrique sur l'élasticité pulmonaire est très contestable, contrairement à ce qu'avait voulu démontrer, il y a quelques années, M. d'Arsonval (2).

Il est vrai que, pour ruiner l'opinion de M. d'Arsonval, il faudrait pouvoir réaliser l'expérience inverse de celle qu'a faite M. Lalou : de même qu'on paralyse les fibres lisses par la section du pneumogastrique, il faudrait supprimer lee fonctions des réseaux élastiques. Par malheur, l'expérience est impossible. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, et malgré le rôle prépondérant que les expériences de M. Laborde et de M. Lalon (3) ont établi en faveur des fibres élastiques, il ne se peut guère que les fibree musculaires lisses du poumon n'aient aucne part dans les actes essentiels de la respiration. On peut regretter que M. Lalon n'ait pas tenté de déterminer cette influence : c'est un travail qui serait venu naturellement à la euite de ses recherches sur la fonction des fibres élastiques.

Dr EUGÈNE GLEY.

(1) COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, séance du 10 mai 1884 et *Recherches expérimentales sur la tête et le corps d'un supplicié. — Travaux du labor. de physiol. de la Fac. de méd. de Paris*, premier vol., 1885, p. 167.

(2) *Recherches théoriques et expérimentales sur le rôle de l'élasticité du poumon.* Thèse de Paris, 1877.

(3) Paul Bert a également bien observé ce fait de la rétractilité pulmonaire, persistant malgré la section des pneumogastriques. Voy. *Leçons sur la physiol. comparée de la respiration*, 1870.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ CLINIQUE DU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE BASÉ SUR L'ÉTUDE DES LOCALISATIONS, par le docteur H. NOTHNAGEL, professeur de pathologie et de thérapeutique, directeur de la clinique médicale à l'université d'Iéna, traduit et annoté par le docteur P. KÉRAVAL, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse. Ouvrage précédé d'une préface par M. le professeur CHARCOT. Un volume in-8, avec un atlas de 68 figures. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La traduction française de l'ouvrage dn professeur Nothnagel ne pouvait paraître à un moment plus favorable pour fixer l'attention du public médical. En effet, M. le professeur Vulpian, dans plusieurs communications à l'Académie des sciences et dans son cours à la Faculté, vient de montrer l'insuffisance des preuves expérimentales sur lesquelles MM. Fritsch et Hitzig ont étayé la base physiologique des localisations cérébrales. D'autre part, M. Bitot vient de lire à l'Académie des sciencee un mémoire dane lequel il émet la prétention de déposséder la troisième circonvolution frontale gauche de la propriété (qui ne lui était plus guère contestée) d'être le siége du centre de la parole, au profit de la partie médiane (raphé) de la protubérance annulaire. M. Bitot soutient que la destruction de cette partie dn pont de Varole coïncide constamment avec la perte de la parole et de l'intelligence. La lumière est donc loin d'être faite sur la question des localisations cérébrales, et quand on a ln le gros volume du professeur Nothnagel, on reste convaincn que s'il y a certains points à peu près éclaircie, il règne encore une très grande obscurité sur l'ensemble de la pathologie cérébrale, particulièrement sur ce qui concerne le siége dn diagnostic anatomique précis.

En somme, sur quelles bases prétend-on faire reposer la théorie des localisations? On a fait intervenir tour à tour : la connaissance exacte de l'anatomie normale humaine et comparée; l'expérimentation physiologique; l'observation clinique éclairée par l'examen minutieux, précis et détaillé des parties lésées de l'encéphale. Les recherches anatomiques n'ont fourni jusqu'à présent que des donnée incertaines; cependant l'étude plus approfondie de l'anatomie cérébrale a permis d'établir une meilleure topographie de cet organe. On a reconnu une grande importance à certaines parties auxquelles on prêtait autrefois peu d'attention, ei bien que les praticiens qui ne se sont point tenus au courant de ces nouvelles dénominations ne peuvent plus se reconnaître dans les descriptions modernes du cerveau.

Quant à l'expérimentation physiologique, qui a fait naître tant d'espérances au début, on commence à la battre en brèche, et on peut dire que c'est moins la lumière que la confusion qui résulte des travaux des expérimentateurs actuels, puisqu'en regard des affirmations des uns viennent se dresser les dénégations des autres. On s'explique donc que le professeur Nothnagel, négligeant pour le moment ces deux premières

bases, ait fait reposer toute son argumentation sur la troisième, c'est-à-dire sur l'observation clinique complétée par une description précise, minutieuse et détaillée des lésions constatées *post-mortem*. Ces conditions indispensables ont été bien rarement remplies par les auteurs qui ont publié des faits destinés à élucider la question des localisations cérébrales; aussi, le nombre de ces faits qui peuvent servir de base à une argumentation sérieuse est-il restreint. C'est ce qui ressort de la discussion des observations, qui occupe une place des plus importantes dans ce livre qui traite du diagnostic précis des lésions en foyer de l'encéphale.

Dans une première partie consacrée à la symptomatologie spéciale, l'auteur aborde successivement toutes les divisions anciennes et modernes de l'encéphale, étudiant à propos de chacune d'elles les altérations produites par les diverses lésions telles que : hémorrhagies, embolies, ramollissements, abcès, tumeurs, etc., et les symptômes qui ont été constatés. Ce n'est qu'après avoir relaté et discuté toutes les observations qui rentrent dans le cadre de son sujet, que l'auteur formule, en un court résumé, ses conclusions diagnostiques. Nous conseillons vivement de commencer par elles la lecture de chaque chapitre. Cette interversion ne donnera que plus d'intérêt à la discussion; elle ne contribuera pas peu à lui servir de fil conducteur. Il est impossible d'entrer dans le détail de cette première partie. Une réunion de matériaux ne s'analyse pas. Tout ce que l'on peut faire, c'est d'en louer le choix et de signaler la réserve avec laquelle l'auteur pose ses conclusions on indique les *desiderata* de la science.

La deuxième partie est un aperçu des symptômes des lésions en foyer. Abandonnant l'ordre anatomique, l'auteur examine successivement les principaux symptômes des lésions cérébrales : troubles de la motilité, de la sensibilité, des fonctions visuelles, de l'ouïe, du sens musculaire, des fonctions réflexes, etc., etc.; puis il indique à quelles lésions ils peuvent correspondre. Cette seconde partie comprend donc la séméiologie des affections cérébrales et, à ce titre, elle paraîtra plus intéressante et plus agréable à lire que la première, dont elle est en quelque sorte la forme concrète. Elle rendra de grands services au praticien qui désire connaître rapidement la valeur d'un symptôme ou d'un ensemble symptomatique observé.

Si le lecteur, comme nous en sommes persuadé, retire un grand profit de la lecture du *Traité clinique des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations*, il en sera redevable en grande partie à M. P. Kéraval, qui ne s'est pas contenté de donner une excellente traduction de cet ouvrage, mais l'a enrichie de nombreuses notes personnelles, et l'a, de plus, complétée ou, pour mieux dire, illustrée d'un véritable atlas topographique du cerveau. C'est justice de reconnaître que sans ces soixante-huit figures représentant toutes les parties de l'encéphale, la lecture du livre de M. Nothnagel perdrait une grande partie de son intérêt. Enfin une mention particulière est due à la préface écrite par M. le professeur Charcot pour affirmer sa foi de plus en plus inébranlable dans la doctrine des localisations cérébrales.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

—La Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance a ouvert une souscription pour faire faire un buste en bronze de M. Gueneau de Mussy. Elle a élu, à cet effet, un comité d'organisation, composé de MM. Féréol (8, rue des Pyramides), Huchard (67, avenue des Champs-Elysées) et Fernet (28, rue de la Boëtie), qui recevra les souscriptions.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duponchelle, maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, décédé à l'âge de 29 ans; — de M. le docteur Charles Masson, décédé à l'âge de soixante-six ans.

***

Faculté de médecine de Paris. — MM. Desplats et Bourgoin, agrégés, sont rappelés à l'exercice du 6 juillet au 20 août 1885.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Ernest Durrande est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers, en remplacement de M. Morillon, appelé à d'autres fonctions.

***

École de médecine d'Alger. — M. Merz, suppléant d'anatomie et de physiologie, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, en remplacement de M. Vincent, appelé à d'autres fonctions.

***

La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 6 juillet 1885, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle des référés).

***

Hôpitaux. — La dernière épreuve du concours des accoucheurs des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée lundi soir, 29 juin 1885. Notre collaborateur M. le docteur Doléris a été nommé accoucheur des hôpitaux.

***

Concours. — Les questions données au concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont :

a. Pour l'épreuve opératoire : 1o ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras; amputation de la jambe au lieu d'élection; 2o ligature de l'artère radiale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras; amputation du premier métatarsien avec le gros orteil.

b. Pour l'épreuve orale : 1o les kystes des maxillaires; 2o le genu valgum; 3o la cataracte traumatique.

MM. Garnier, Jarjavay, Labbé et Ramonat s'étant retirés du concours, les candidats restent seulement au nombre de seize.

***

Herborisation. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 5 juillet, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord à 8 heures 55 minutes, pour la station d'Ermont.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

61. M. Jagu. De l'entorse du genou. — 62. M. Lejeune. D'une forme de bronchite capillaire suppurée dans le croup. — 63. M. Palis. Modifications apportées dans les exhala-

tions de l'acide carbonique sous l'influence de l'inhalation chloroformique. — 64. M. Suchard. Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux. — 65. M. Babinski. Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. — 66. M. Jannot. Opérations chirurgicales chez les syphilitiques. — 67. M. Antoine. Etude clinique des indications de l'opération de Létiévant (Estlander).—68. M. Pédrono. Des lésions oculaires dans le goître exophtalmique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 JUIN 1885.

Fièvre typhoïde 13. — Variole 2. — Rougeole 26. — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 33. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 7. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 43. — Phthisie pulmonaire 162. — Autres tuberculoses 20. — Autres affections générales 46. — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 11. — Pneumonie 68. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 51. — au sein et mixte 34. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 75. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 28. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 16. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 892 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur Largeau. Un volume in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. Bénard. 1 vol. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la péricardite aiguë des vieillards, par le docteur Lejard. Un volume in-8. — Prix : 3 fr. — A la librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les gourmes infantiles, leur séméiologie, leur traitement par les tissus imperméables, par le docteur Descroizilles. Une brochure in-8. — Prix : 50 c. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par le docteur Noël Guéneau de Mussy. Un vol. in 8 (t. IV), avec figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix : 13 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Contribution à l'étude du non-restraint, par le docteur Tagle y Alfonto. Un volume in-8. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

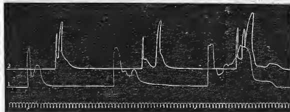
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

RECHERCHES SUR LA CONTRACTION SIMULTANÉE DES MUSCLES ANTAGONISTES, par H. BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Dans mes expériences sur la forme de la contraction musculaire réflexe (voir GAZETTE MÉDICALE, nos 50, 51 et 52, 1883), j'avais constaté fréquemment que les fléchisseurs et les extenseurs, c'est-à-dire *les muscles antagonistes, se contractaient simultanément.* Ainsi, en attachant à un des leviers d'un myographe double de Marey le tendon du gastro-cnémien de la grenouille et à l'autre levier le tendon d'un muscle antagoniste, comme le tibial antérieur par exemple, et en déterminant une contraction réflexe par une excitation quelconque, je pus constater que, dans la plupart des cas, les deux muscles se contractaient simultanément. La figure 1 donne un exemple



de ces contractions simultanées; l'excitation portait sur la peau de la partie inférieure de l'abdomen et était déterminée par des courants induits d'intensité moyenne et d'une fréquence de 9 chocs d'induction par seconde ; ces chocs d'induction sont inscrits par un signal sur la ligne inférieure de la figure. Au bout de 19 secondes, soit après 171 excitations, il se déclara des contractions du tibial antérieur et du gastro-cnémien, contractions qui se reproduisaient rythmiquement à trois reprises différentes sous forme de secousses non fusionnées et augmentant de durée de la première à la troisième, comme on peut le voir sur la figure (le tracé doit se lire de gauche à droite). Sans entrer dans les détails de l'expérience, la seule chose à noter ici pour le sujet qui nous occupe, c'est que les contractions du tibial antérieur et du gastro-cnémien étaient simultanées. Il semble n'en pas être ainsi dans la figure, mais le retard apparent de la contraction du gastro-cnémien, ligne 2, sur celle du tibial antérieur (ligne 1), tient simplement à ce que le levier de ce dernier était plus long de 12 millimètres que celui du gastro-cnémien, afin d'éviter la confusion qui se serait produite entre les deux courbes si elles avaient été superposées. On n'a qu'à faire glisser par la pensée la ligne 1 de 12 millimètres vers la droite de la figure, pour rétablir le rapport réel des deux contractions.

Ces faits m'amenèrent à cette conclusion que, dans un mouvement réflexe donné, il y avait à la fois contraction des muscles qui déterminent plus spécialement le mouvement et contraction simultanée des muscles antagonistes et que le mouvement produit résultait en réalité de la prédominance de la première contraction sur la seconde et d'une sorte d'équilibre qui s'établirait entre les deux contractions. Mais, comme cette question de l'antagonisme musculaire était en dehors de mes recherches sur la forme de la contraction musculaire réflexe et sur les phénomènes d'arrêt, je me contentai de mentionner le fait, me réservant d'y revenir plus tard par de nouvelles expériences. Ces expériences n'ont fait que confirmer les résultats que j'avais obtenus déjà et les conclusions en ont été formulées dans deux notes communiquées à l'Académie des sciences et à la Société de biologie.

Avant d'exposer les résultats auxquels je suis arrivé, je crois devoir retracer avec quelques développements l'historique de la question.

On sait ce qu'on entend par *muscles antagonistes*, et le mot lui-même indique de suite le rôle opposé attribué aux deux sortes de muscles. En effet, dans la doctrine classique, quand un muscle se contracte, un fléchisseur par exemple, le muscle extenseur antagoniste est inactif et n'oppose à la contraction du fléchisseur d'autre résistance que celle de sa tonicité. Il y a donc une opposition tranchée, radicale, entre les deux catégories de muscles, leur rôle est absolument différent : l'un est actif, l'autre passif ; quand l'un se contracte, l'autre se repose et *vice-versa*. Cette doctrine classique date de loin du reste, et Duchenne (de Boulogne) cite un passage de Galien dans lequel elle se trouve déjà formulée d'une façon très nette. « Le muscle contracté attire donc vers soi, tandis que le mus- « cle relâché est attiré conjointement avec la partie. Pour « cette raison, les deux muscles *se meuvent* pendant l'accom- « plissement de chacun des deux mouvements ; mais ils *n'a-*

« *gissent* pas tous les deux, car l'activité consiste dans la « tension de la partie qui se meut et non pas dans l'action « d'obéir. Or un muscle obéit quand il est transporté *inactif* « comme le serait toute autre partie du membre. » Galien : *De l'utilité des parties ;* dans : (Œuvres de Galien, trad. Daremberg, t. II, 1856).

Cependant cette doctrine de Galien, admise à peu près sans discussion, tant elle paraissait rationnelle dans sa simplicité, ne fût pas adoptée par tous les auteurs sans exception.

Winslow le premier, par une sorte d'intuition, arriva à une conception toute différente. A cause de leur importance, je reproduirai textuellement les principaux passages de cet anatomiste. Ces passages sont extraits de son : *Exposition anatomique de la structure du corps humain*, 1776.

« Pour mouvoir quelque partie, ou pour la tenir dans une « situation déterminée, tous les muscles qui la peuvent mou- « voir y coopèrent. Quelques-uns conduisent directement ce « mouvement à sa situation ou attitude déterminée; d'autres « le modèrent en le contrebalançant à l'opposite; et il y en a « qui le dirigent latéralement. J'appelle les premiers de ces « muscles principaux : moteurs, les autres : modérateurs, et « les derniers : directeurs du mouvement déterminé. » (p. 43, 2e volume).

« ... Les modérateurs sont en général ceux qu'on appelle « antagonistes, et le défaut de leur action est dans plusieurs « cas suppléé par la pesanteur ou la résistance de quelque « corps étranger et même par le poids de la partie à laquelle « ils sont attachés. » (p. 44.)

« ... Quand plusieurs muscles sont attachés à quelque partie « mobile, ils sont tous en action, ou en état de contraction « dans chaque mouvement de cette partie. Ils ne sont pas « tous dans le même degré d'action ou d'effort; car les prin- « cipaux moteurs le sont plus que les muscles directeurs ou « collatéraux, s'il y en a, et que les modérateurs. On sent « assez cette coopération des muscles en les touchant dans les « mouvements faits avec quelque effort considérable. Il faut « se souvenir que j'en excepte les modérateurs ou antagonistes « dans le cas où la pesanteur, ou quelque résistance étrangère « supplée à leur action. » (p. 49.)

Et plus loin, dans le paragraphe XV, intitulé : *Remarques sur la coopération des muscles*, Winslow revient à peu près dans les mêmes termes sur cette idée en étudiant le mécanisme de la station, de la progression, etc. » (p. 397.)

Les vues de Winslow sur cette question peuvent se résumer ainsi : quand un mouvement se produit par la contraction d'un muscle déterminé, il faut qu'une résistance vienne *modérer* cette contraction. Cette résistance sera le plus souvent la contraction du muscle antagoniste ; mais elle peut être aussi bien produite par la pesanteur ou toute autre cause ; l'exception qu'il indique à la fin du dernier paragraphe cité plus haut montre bien quelles sont ses idées sur ce point. La contraction des antagonistes n'est pas autre chose qu'un des modes *possibles* de cette résistance qu'il juge nécessaire au mouvement; elle n'en est pas le concomitant indispensable. Enfin il se base, pour admettre cette contraction des antagonistes, sur la sensation qu'ils donnent au contact quand on applique la main à leur niveau.

Duchenne (de Boulogne), dans ses belles recherches sur l'électrisation localisée et sur les mouvements musculaires, arriva aux mêmes conclusions que Winslow en s'appuyant surtout sur les faits pathologiques. Il les formula même avec plus de netteté encore que son prédécesseur et sans faire les réserves de ce dernier.

Les premières observations de Duchenne sur cette question se trouvent dans un article publié dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE de 1857 (tome 52), et intitulé : *Orthopédie physiologique et pathologique ou Déductions pratiques des recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les mouvements de la main et du pied*. Ces observations se trouvent reproduites, et à peu près dans les mêmes termes, dans son Traité d'électrisation localisée et dans sa Physiologie des mouvements.

Voici l'expérience fondamentale sur laquelle s'appuie Duchenne (de Boulogne). Je cite textuellement le passage à cause de son importance.

« Les sujets sur lesquels on remplace, par une force élas- « tique, les muscles paralysés dont les antagonistes ont con- « servé plus ou moins leur action, peuvent étendre et fléchir le « membre lésé, ou graduellement, ou plus ou moins brusque- « ment et par fractions, de telle sorte qu'ils atteignent leur but « presque aussi sûrement que s'ils possédaient tous leurs « muscles.

« Chez les individus affectés de paralysie des fléchisseurs de « l'avant-bras et dont il vient d'être question, j'étendis l'a- « vant-bras sur le bras, sans que leur volonté intervint, puis, « l'abandonnant tout à coup à lui-même, la flexion se fit brus- « quement; ce qui prouva que la force du ressort était supé- « rieure à la puissance tonique du triceps brachial. Après « avoir étendu de nouveau l'avant-bras, j'engageai les sujets « à le fléchir rapidement par moitié, ou lentement et graduel- « lement, et ils purent exécuter immédiatement ces différents « mouvements, comme je le leur avais commandé. Il me pa- « raît évident que, dans cette expérience, le triceps brachial « est sorti de l'état de repos au moment de la flexion volon- « taire, c'est-à-dire qu'il s'est tout à coup contracté (ce que « je constatai, du reste, par le toucher), et qu'il s'est ensuite « relâché pour modérer la force élastique au gré de la volonté « du sujet » (page 406).

Et il ajoute : « Ce n'est pas le résultat d'une sorte d'éduca- « tion qui consisterait à relâcher le muscle antagoniste après « l'avoir contracté volontairement. En effet, ces sujets (les en- « fants comme les adultes) exercent facilement cette fonction « la première fois que l'appareil leur est appliqué. »

Il tire alors la conclusion de ces expériences : « Les faits « précédents me paraissent démontrer le peu de fondement « de la doctrine sur l'inaction des muscles antagonistes pen- « dant l'exercice des mouvements volontaires ; ils démontrent, « au contraire, que ces mouvements sont le résultat d'une « double action nerveuse que j'ai appelée *harmonie des antagonistes*, et qui provoque, d'une part, la contraction des « muscles qui les produisent, et de l'autre, la contraction im- « médiatement suivie du relâchement proportionnel et paral- « lèle des muscles, dits antagonistes, qui les modèrent et les « rendent plus sûrs. »

Duchenne (de Boulogne) trouve encore un appui pour son opinion dans les faits pathologiques. Ainsi dans les atrophies du triceps brachial, l'absence de l'antagonisme musculaire de la flexion fait perdre à ce dernier mouvement la précision qui lui est nécessaire dans certains cas. Ainsi, le bras étant abaissé dans une direction plus ou moins verticale, le sujet fléchissait-il brusquement et rapidement son avant-bras, le mouvement de flexion allait toujours au-delà de sa volonté et

sa main ne pouvait s'arrêter exactement et avec précision sur les objets qu'il voulait toucher (*Physiologie des Mouvements*, p. 125). Et soit dans ce dernier livre, soit dans son *Electrisation localisée*, il mentionne plusieurs faits pathologiques du même genre.

On voit avec quelle netteté et quelle précision Duchenne (de Boulogne) a formulé cette idée de la contraction simultanée ou, comme il l'appelle, de l'harmonie des antagonistes. Sa doctrine est cependant passible de quelques objections. Et d'abord, pour ce qui concerne les faits pathologiques mentionnés en dernier lieu et en particulier les cas d'atrophie du triceps brachial, il faut remarquer que si le mouvement de flexion a perdu sa précision, cette perte ne prouve pas du tout la nécessité d'une contraction antagoniste du triceps dans ce mouvement, car cette perte pourrait tout aussi bien tenir à l'abolition de la tonicité du muscle. Ce fait démontre simplement la nécessité d'un muscle antagoniste, sans dire si ce muscle agit par simple tonicité ou par une contraction.

L'expérience fondamentale citée plus haut, et dans laquelle apparaît toute l'ingéniosité de Duchenne (de Boulogne), est plus démonstrative et, pour ma part, je serais disposé à y attacher une très grande importance. Mais, peut-être là aussi, y aurait-il lieu à quelques réserves. D'abord, la constatation même de la contraction du triceps par le toucher peut laisser quelques doutes; il est si facile de se faire illusion dans les expériences de ce genre. Mais, en outre, et c'est là l'objection la plus sérieuse, il pourrait y avoir, malgré la réflexion de Duchenne (de Boulogne), une sorte d'éducation inconsciente. Ne se peut-il pas que chez ces sujets l'habitude leur ait appris à modérer par une contraction des extenseurs les déplacements passifs de flexion produits dans l'avant-bras, par la pesanteur par exemple? C'est qu'en effet il se passe quelque chose de semblable dans certains mouvements physiologiques, et, précisément, on peut en citer un cas qui correspond à celui de l'expérience de Duchenne. Supposons le bras pendant librement le long du corps; si on l'écarte pour le placer horizontalement, quoique la pesanteur tende à fléchir l'avant-bras, celui-ci se met instinctivement dans l'extension; le triceps brachial agit donc symétriquement avec la deltoïde et combat l'influence de la pesanteur. N'y a-t-il pas là une sorte d'incitation à une éducation inconsciente de l'extenseur pour modérer le mouvement de flexion?

Malgré ces observations, j'accorde une très grande valeur à cette expérience de Duchenne (de Boulogne), d'autant plus que mes recherches m'ont permis de donner à son opinion la sanction qui lui manquait jusqu'ici et d'enregistrer cette contraction simultanée des antagonistes qui avait été, on peut le dire, plutôt entrevue que démontrée. On verra du reste plus loin quelles modifications, d'après mes recherches personnelles, il faut faire subir à la doctrine de Duchenne. Une chose bien remarquable et qui prête à réflexion, c'est de voir des idées aussi nettement exposées, par un auteur bien connu, dans des ouvrages lus par tous les médecins, laisser aussi peu de traces dans la science. Partout, en effet, autant que mes recherches bibliographiques me permettent de l'affirmer, partout la vieille doctrine du rôle des antagonistes et de leur passivité dans les mouvements s'étale sans que la moindre allusion soit faite à l'opinion de Duchenne, preuve de plus à ajouter à mille autres pour montrer combien les idées nouvelles ont du mal à se faire jour. Du reste, je pouvais faire aussi tout le premier mon *meâ culpâ*; car c'est tout à fait incidemment et dans le cours d'expériences qui avaient un tout autre but que j'ai constaté par hasard cette contraction simultanée des antagonistes, qui m'a, je dois le dire, vivement frappé et même étonné la première fois. Mais immédiatement les recherches de Duchenne (de Boulogne) me sont revenues à l'esprit, il est vrai *après coup* seulement, quoique j'eusse lu plusieurs fois le livre de la *Physiologie des mouvements*.

Avant d'en venir à mes expériences, je mentionnerai encore une théorie qui s'écarte à la fois et de la doctrine classique et de l'opinion de Duchenne (de Boulogne), mais où l'on trouve des faits intéressants et des idées qui méritent d'attirer l'attention. C'est celle de Pettigrew, l'auteur du livre : *La locomotion chez les animaux*, publié dans la Bibliothèque scientifique internationale.

« Jusqu'à ce jour, dit-il (p. 35), et d'un commun consentement, on a cru que chaque fois qu'un muscle fléchisseur est situé sur un côté d'un membre, et son extenseur correspondant de l'autre côté, ces deux muscles doivent être opposés et antagonistes. Cette croyance est fondée sur ce que je regarde comme une présomption erronée, c'est-à-dire que les muscles n'ont que le pouvoir de raccourcir, et que, quand un muscle, par exemple le fléchisseur, se raccourcit, il doit tirer et forcément allonger l'extenseur correspondant et inversement... Il y a de bonnes raisons pour croire qu'il n'y a rien de semblable à un antagonisme dans les mouvements musculaires; les divers muscles connus comme fléchisseurs et extenseurs, abducteurs et adducteurs, pronateurs et supinateurs, étant simplement corrélatifs. »

Mais si Pettigrew a bien vu que cet antagonisme musculaire supposé n'existe pas dans la nature, il est moins heureux dans sa tentative d'explication et dans sa conception, toute nouvelle du reste, du rôle des muscles antagonistes. Je veux parler de sa théorie des *cycles musculaires*. Voici ce qu'il entend par cette expression et, pour le faire comprendre, je prendrai un exemple, celui précisément qu'il représente dans une figure schématique. Pour lui les deux muscles, biceps brachial, fléchisseur de l'avant-bras et triceps, extenseur, forment un ensemble, un véritable cercle ou *cycle* musculaire. « C'est dans ces cycles musculaires que sont placés les os ou autres substances à mouvoir, et quand un côté du cycle se raccourcit, l'autre s'allonge. Les muscles sont donc doués d'une action centripète et d'une action centrifuge... Dans les extrémités des animaux, l'onde musculaire centripète ou convergente sur un côté de l'os à mouvoir, est accompagnée par une onde centrifuge ou divergente sur l'autre côté, l'os ou les os étant par cette disposition parfaitement contrôlés et mus à l'épaisseur d'un cheveu près. L'onde centripète ou convergente, et l'onde centrifuge ou divergente sont, comme on l'a déjà dit, corrélatives. » (p. 36-37.) Et il accentue encore son opinion dans la note suivante : « Les muscles possèdent un pouvoir de traction et de *pulsion*. »

On voit par ces passages, que Pettigrew fait de l'allongement du muscle antagoniste un phénomène *actif* et non passif, et c'est par là qu'il se distingue de tous les autres auteurs. C'est une *pulsion*, dit-il, et, d'après sa figure, il semble qu'il attribue cette pulsion à une disposition particulière des éléments musculaires primitifs dont le grand axe se placerait dans une direction verticale (parallèle à l'axe du muscle), tandis que dans la contraction ce grand axe se placerait transversalement. Inutile de dire qu'il n'y a là qu'une vue de l'esprit et que, jusqu'à présent, aucune observation n'est venue confir-

mer cette théorie. Il y aurait cependant peut-être quelque chose à retenir des idées de Pettigrew, et on dirait que dans sa pulsion active il ait eu comme l'intuition vague de ces allongements musculaires réflexes dont je parlerai plus loin. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point à propos de ces allongements réflexes, mais je dois dire déjà qu'il y a une part de vérité dans la théorie de Pettigrew. Il a bien vu, en effet, que l'allongement du muscle antagoniste, d'un extenseur, par exemple, n'est pas dû uniquement à la traction exercée par la contraction active du muscle fléchisseur opposé, que ce n'est pas en un mot un phénomène purement passif; mais il est dans l'erreur quand il fait de cet allongement le concomitant obligé de la contraction du fléchisseur, tandis que dans la plupart des cas, il y a contraction simultanée des deux muscles.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

OSTÉITE TUBERCULEUSE DU ROCHER. — PACHYMÉNINGITE DE VOISINAGE. — COMPRESSION DU NERF TRIJUMEAU. — PHÉNOMÈNES DIVERS DANS LA ZONE DE CE NERF. — MORT. — Observation présentée par LUCIEN PICQUÉ à la Société anatomique, séance du 1er octobre 1884.

Le nommé D..... (Louis), 39 ans, typographe, entre le 16 novembre 1882 salle Sainte-Vierge, n° 45, à la Charité, dans le service de M. Berger.

Antécédents strumeux. Père tuberculeux, mère syphilitique.

Il y a dix-huit mois, le malade a ressenti des douleurs vives dans la région temporale et s'est fait arracher la première et la deuxième grosses molaires; consécutivement, il eût de la contracture de la face et du strabisme externe correspondant. Extraction nouvelle de racines du même côté. A l'extrémité de l'une d'elles se trouvait une petite grosseur du volume d'une cerise. Pensant à un abcès du sinus, le chirurgien ouvre cette cavité par le procédé de Drache et Cooper; il ne vint pas de pus. Du reste, d'après M. Magitot, jamais on n'observe de suppuration secondaire du sinus à la suite de la périostite alvéolaire; la suppuration reste localisée dans le kyste radiculaire, et le diagnostic découla de ce fait qu'une injection poussée dans le sinus ne repassa pas par le nez.

Quoi qu'il en soit, les douleurs survécurent à ces opérations; dès le début, l'ouïe avait disparu.

Depuis six semaines, la vue s'est troublée petit à petit et sans douleur.

Etat actuel de l'œil. — Pas d'exophthalmie; les paupières sont entr'ouvertes et insensibles. Même insensibilité de la conjonctive et de la cornée. On observe une injection considérable des vaisseaux de la conjonctive, qui vont du cul-de-sac inférieur à la cornée; en dessous, l'on voit des vaisseaux plus rosés, plus rectilignes.

Dans les deux tiers inférieurs de la cornée, il existe une opacité notable; au centre, on voit une perte de substance, profondément excoriée, de coloration blanchâtre, sur les bords, et à fond transparent. Des bords partent des stries rougeâtres, tranchant sur le fond mat et qui vont se rendre au rebord cornéen. L'iris semble sain. Les troubles subjectifs sont peu intenses; il n'existe pas de douleurs spontanées à la pression; pas de photophobie, mais la vision est notablement troublée. L'acuité visuelle est très faible.

On est évidemment en présence d'une kératite ulcéreuse vasculaire.

Du côté de la face existe une anesthésie surtout marquée vers le nerf temporal superficiel et le nerf ophthalmique de Willis (l'anesthésie est en effet complète au niveau des trous sus et sous-orbitaire). L'anesthésie est moins évidente à la lèvre supérieure et au menton. Rien aux muqueuses. En somme, il existe une anesthésie de la face, dans la zone de la cinquième paire.

De plus, la face est pâle, les téguments flasques; la commissure est déviée; paralysie légère de l'orbiculaire palpébral; il y a donc en outre une paralysie commençante du facial. Mais la paralysie de l'orbiculaire est un fait qui est fort exceptionnel, et que l'autopsie a laissé inexpliqué. La surdité est complète; au contact du pavillon, le bruit de la montre n'est pas perçu par le malade.

Depuis quelques jours, et pour la première fois, il y a de l'otorrhée purulente.

Enfin notons le long du sterno-mastoïdien une tuméfaction ganglionnaire qui, dans ces derniers temps, a beaucoup augmenté.

Du côté de la bouche, on constate l'absence de la première et de la deuxième grosses molaires; au niveau de cette dernière existe un canal noirâtre, profond, remontant dans l'épaisseur du bord alvéolaire; le stylet glisse dans un couloir étroit jusqu'à six centimètres environ : ses dimensions sont très étroites. Ce canal est le résultat d'une altération spontanée; on a vu précédemment que la communication avec le sinus est artificielle.

Notre excellent maître, M. Berger, dans une leçon clinique remarquable qu'il a faite sur ce malade, admet que le rétrécissement du sinus est peut-être dû à la compression exercée par le kyste des racines ou à une périostite de voisinage qui s'est transformée ultérieurement en une ostéite chronique hypertrophiante.

M. Berger, dans la même leçon, explique ainsi la filiation des accidents et établit le diagnostic suivant :

La lésion cornéenne n'est autre qu'une kératite neuro-paralytique, un peu exceptionnelle en vérité par le fait de la vascularisation; l'anesthésie du trijumeau relève de la même cause.

Mais quelle est cette cause?

Au début, on pouvait considérer l'affection du sinus comme la cause première de tous les accidents. La périostite alvéolaire aurait, dans cette hypothèse, amené la production d'une névrite ascendante qui, par son extension sur le ganglion de Gasser, aurait retenti ultérieurement sur toute la zone du nerf.

Mais, en présence de la lésion du facial d'une part, de l'otorrhée et de l'engorgement ganglionnaire rétro-mastoïdien de l'autre, il devenait plus rationnel d'admettre une carie du rocher, et c'est à cette dernière opinion que notre maître s'est rallié.

M. Berger admettait dès lors une ostéite tuberculeuse qui aurait débuté par les couches les plus rapprochées de la face supérieure du rocher; une pachyméningite en aurait été la conséquence, d'où la compression possible du ganglion de Gasser et les troubles du côté du trijumeau. La lésion s'étendant vers la caisse aurait déterminé ultérieurement la lésion du facial et l'otorrhée récente.

La lésion du sinus ne devenait plus qu'une affection concomitante.

Ce diagnostic, nous le verrons, devait se vérifier d'une façon éclatante dans la nécropsie.

Le 8 décembre, M. Berger pratiqua la suture palpébrale dans le but d'empêcher l'extension des lésions cornéennes.

Les courants continus furent employés contre l'élément névralgique et anesthésique.

Traitement général : Huile de morue à hautes doses et iodure de potassium.

L'histoire ultérieure du malade ne présente rien de particulier à noter. La lésion cornéenne resta stationnaire, mais l'anesthésie s'aggrava. L'état général devint de plus en plus mauvais; les lésions pulmonaires, peu accentuées au début, augmentèrent progressivement. Une scrofulide aiguë du voile palatin amena sa perforation spontanée au 15 janvier. Le malade succomba le 15 juin.

L'autopsie n'ayant pas été autorisée, nous n'avons pu nous procurer que le rocher sur lequel nous avons relevé les lésions suivantes :

Sur la face supérieure du rocher, on observe un épaississement notable de la dure-mère, qui s'étend de la portion écailleuse du sommet du rocher et qui englobe le ganglion de Gasser, que nous n'avons pu isoler dans cette masse.

Cet épaississement donne à la dure-mère un aspect mamelonné

qu'on aurait pu prendre au premier abord pour une production sarcomateuse. L'examen pratiqué au laboratoire de la Charité sous la direction et grâce à l'obligeance de M. Rémy, a donné les résultats suivants :

La tumeur intra-cranienne est formée presque exclusivement de tissu fibreux : ce sont des faisceaux de fibres lamineuses juxtaposées et diversement contournées ; en divers points, ces faisceaux sont moins serrés et séparés par des traînées de petites cellules rondes ou fusiformes.

Ces points ressemblent assez à du sarcome fasciculé ou mieux à un fibrome contenant beaucoup de cellules. La tumeur est toute entière parcourue par un réseau de fibres élastiques très développées et disposées par places en couches parallèles ; elle est peu vasculaire.

Comme on le voit, le diagnostic histologique est peu précis, mais l'examen du rocher tendrait à admettre une forme peu connue de pachyméningite chronique, peut-être d'origine tuberculeuse. Le rocher est en effet hyperostosé ; ses parois sont épaisses, formées de tissu compacte dans lequel on ne retrouve pas la disposition spongieuse normale.

Les cellules mastoïdiennes ont en partie disparu et sont remplacées également par du tissu compacte. Au centre de ce tissu, surtout vers la paroi supérieure, on observe des îlots légèrement jaunâtres et de petites cavités arrondies, peu nombreuses, et contenant une substance jaunâtre assez consistante. La caisse est conservée ; à la coupe, il ne s'est écoulé aucun liquide appréciable. La tumeur mastoïdienne ne présente pas de structure ganglionnaire ; on y rencontre le même tissu que dans la tumeur intra-cranienne, mais moins riche en cellules et en fibres élastiques ; il est presque exclusivement composé de tissu fibreux.

Corps mobile de l'articulation du genou. — Fixation par l'appareil du professeur Richet. — Guérison. (Observation recueillie par M. Paul Berthon, interne des hôpitaux.)

Fig... (François-Xavier), âgé de 33 ans, chauffeur, entre le 14 mars 1885 à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 53, service de M. Le Dentu.

Cet homme, de constitution robuste, d'excellente santé d'ailleurs, raconte que, depuis huit ans, il éprouve dans le genou droit la sensation d'un corps mobile qui se promène dans toute l'articulation avec la plus grande facilité et qui parfois, venant à s'engager entre les extrémités osseuses, détermine une douleur extrêmement vive. Il ne se souvient, du reste, d'aucune affection du genou à qui faire remonter la cause de cette affection et affirme que depuis quelque temps le volume de ce corps étranger a augmenté d'une façon très notable.

D'ailleurs, ni syphilis, ni scrofule, ni blennorrhagie, ni rhumatisme dans les antécédents, soigneusement interrogés.

Etat actuel. — Le genou droit paraît un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Pas d'atrophie appréciable du triceps fémoral. Très léger épanchement articulaire.

Craquements lorsqu'on fait exécuter au membre des mouvements de flexion et d'extension. Grâce à ces mouvements et à l'aide de la pression du doigt, le malade promène dans l'articulation et amène dans la partie supérieure et externe du cul-de-sac sous-tricipital de l'articulation, un corps flottant très mobile du genou, dont les dimensions paraissent sensiblement égales à la moitié d'un noyau de cerise. Fixé dans cette position, le corps étranger ne détermine plus de douleur et permet les mouvements.

Frappé de cette circonstance aussi bien que du peu d'épaisseur des téguments à ce niveau, M. Le Dentu prend le parti d'arrêter le corps étranger dans sa nouvelle position au moyen de l'instrument du professeur Richet.

Cet instrument se compose essentiellement, ainsi qu'on le sait, d'une couronne métallique du diamètre d'une pièce de deux francs environ, tout autour de laquelle viennent s'implanter un certain nombre d'aiguilles (dix en moyenne) longues d'un centimètre ; aux deux extrémités d'un diamètre de l'instrument sont adaptées de petites anses métalliques qui permettent, à l'aide d'un lac, de fixer l'appareil autour du membre.

L'appareil ayant été soigneusement nettoyé et plongé pendant deux jours dans une solution phéniquée au vingtième est appliqué une première fois, le 16 mars, de façon à encadrer le corps étranger ; mais celui-ci, trop mobile, échappe bientôt à son action et fuit dans l'articulation.

M. Le Dentu fit alors modifier l'instrument de telle sorte qu'au centre de l'instrument fut disposée une forte aiguille à acupuncture, beaucoup plus longue que les aiguilles de la couronne, et qu'une vis permettait de fixer à la longueur voulue.

Cet appareil, ainsi modifié, fut appliqué le 24 mars et l'aiguille centrale enfoncée à travers le corps étranger, dont la consistance était cartilagineuse, jusque dans le tissu osseux de l'extrémité inférieure du fémur.

Le membre est ensuite immobilisé dans une gouttière métallique et le repos le plus complet imposé au malade. Le soir, légère rougeur et tuméfaction autour de l'appareil, augmentant le lendemain avec accompagnement de phénomènes inflammatoires qui atteignirent leur apogée trois jours après. A ce moment, le genou tout entier, un peu douloureux, était le siège d'un léger épanchement.

25 mars. — Le corps étranger est toujours fixé. Mais, pour rendre cette fixation plus complète, M. Le Dentu fait remplir l'espace laissé libre avec des lamelles de liège, au travers desquelles il enfonce de chaque côté de l'aiguille centrale deux nouvelles aiguilles à acupuncture qui, elles aussi, sont implantées jusque dans la substance osseuse. Cette nouvelle acupuncture, étant donnés les phénomènes actuels d'arthrite légère, est un peu plus douloureuse que les autres.

Immobilisation rigoureuse du membre dans la gouttière métallique ; application d'eau blanche sur l'article.

27 mars. — Les symptômes inflammatoires ont complètement disparu. Le membre reste cependant immobilisé.

L'appareil est enlevé le 4 avril. Les trois aiguilles centrales ont déterminé trois petites pertes de substance de la peau, au niveau du point où elles étaient implantées. Tout autour d'elles, la couronne périphérique a laissé une zone de petites piqûres.

Le corps articulaire est facilement senti sous la peau ; il est absolument fixé à l'os, de telle façon qu'il est impossible de le faire basculer ; il paraît en outre circonscrit par des adhérences périphériques.

On applique sur les petites plaies des compresses trempées dans la solution borique au 1/25°, maintenues par un pansement.

Le 6 avril, le malade commence à se lever, et le 8 il quittait l'hôpital pour aller faire ses 13 jours. Le corps étranger paraît toujours solidement maintenu.

L'observation précédente nous a paru intéressante à rapporter, pour montrer qu'à défaut de l'arthrotomie antiseptique, en si grand honneur à l'époque actuelle, les méthodes anciennes de fixation, dans certains cas, tout en faisant courir au patient des risques bien moindres, donnent de bons résultats. Le volume du corps étranger, sa forme aplatie, sa consistance, son extrême mobilité, enfin la possibilité de le reléguer en un point éloigné, je dirai presque mort, et très accessible de l'articulation, doivent entrer en ligne de compte et ont constitué dans le cas qui nous occupe autant d'heureuses circonstances.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE

Des inconvénients et des dangers pouvant résulter de l'emploi du sublimé comme agent d'antisepsie.

Depuis la vulgarisation des procédés d'antisepsie, les substances les plus diverses ont été proposées et employées pour le pansement des plaies et la désinfection des cavités naturelles, comme la cavité de l'utérus, exposées au contact des instruments et des mains d'un opérateur. Des substances telles que l'acide phéniqué, l'iodoforme, dont on ne voyait d'abord que les avantages, ont été préconisées à ontrance, pour tomber ensuite dans le discrédit, le jour où l'observation clinique dévoilait les inconvénients et les dangers résultant de leur emploi et surtout de leur abus. Dans cette poursuite de l'idéal en matière d'agents antiseptiques, les chirurgiens en sont actuellement à donner leur préférence au sublimé. Nous n'avons pas à décider si la vogue dont jouit le sublimé auprès des chirurgiens et des accoucheurs est légitime, ni à rechercher si elle se maintiendra. Nous constatons seulement qu'en regard des affirmations des uns, représentant le sublimé, manié à l'état de dilution convenable, comme un antiseptique à la fois parfait et absolument inoffensif, d'antres affirmations se sont produites, qui commandent certaines réserves en ce qui concerne la complète innocuité du sel de mercure employé pour les besoins de la chirurgie et de l'obstétrique. Comme le fait remarquer E. Frænkel (1), c'était à prévoir, quand on songe, d'une part, quelles précautions réclame l'administration interne du mercure lorsqu'on veut épargner aux malades les ennuis et les dangers de l'intoxication hydrargyrique classique, quand on considère, d'autre part, l'insouciance avec laquelle certains gynécologistes et certains accoucheurs font couler dans les organes génitaux de leurs clientes des flots de solutions de sublimé dont le titre varie de 1 à 5 pour 1000.

Déjà, dans une revue de thérapeutique publiée l'année dernière à cette place (2), nous avons mentionné un cas d'intoxication mortelle par le sublimé employé, en solution à 1/1500°, pour lavages de la cavité utérine chez une femme en couches. D'après un relevé dressé, il y a quelques semaines, par M. Krukenberg, de Bonn (3), les cas connus d'intoxication mortelle par le sublimé employé comme agent d'antisepsie étaient déjà au nombre de huit, à savoir : le cas de Stadtfeld, mentionné à l'instant; un cas de Lomer (Centralblatt für Gynækologie, 1884, no 14, p. 221); un autre de Winter (Ibid., no 28, p. 443), et un quatrième de Vœhts (Ibid., no 31, p. 493); deux cas de Thorn (Sammlung klin. Vortræge, no 250, p. 15) et deux cas de Mickulicz (Archiv für Chirurgie von Langenbeck, t. XXXI, p. 471).

Deux autres cas sont mentionnés dans le travail déjà cité de Frænkel et destinés à appeler l'attention des intéressés sur les lésions que peut produire du côté de l'intestin le sublimé employé comme agent d'antisepsie, lésions signalées dans la plupart des observations énumérées ci-dessus.

(1) E. Frænkel. *Ueber toxische Enteritis in Gefolge der Sublimatwundbehandlung*. Virchow's Archiv., t. IC, fasc. 2, p. 276, 1885.

(2) Gazette médicale, 1884, no 15, p. 174.

(3) Krukenberg et Ribbert. *Zur Anwendung des Sublimats bei der Laparatomie*. Centralblatt für Gynækologie, 1885, n° 21.

Dans l'espace de trente mois, M. E. Fraenkel a rencontré ces lésions intestinales, imputables à un empoisonnement par le sublimé employé pour la désinfection des plaies, à l'autopsie de quatorze sujets morts dans le service du professeur Schede (de Hambourg). Hâtons-nons d'ajouter que ces quatorze cas ne sont pas donnés comme étant tous des exemples d'intoxication *mortelle* par le sublimé. Il en est douze, au moins, où la terminaison fatale a été la conséquence de l'affection qui avait nécessité un traitement chirurgical, et l'entérite toxique n'y avait eu qu'une part secondaire. Deux fois, cependant, l'empoisonnement par le sublimé paraissait avoir été la cause prochaine du dénouement. Un autre point mérite d'être relevé, c'est que chez les quatorze sujets qui ont servi aux recherches de M. Frænkel, et dont deux étaient des enfants en bas âge et huit autres des personnes âgées de 40 à 81 ans, l'état général était mauvais ; c'étaient, pour la plupart, des individus amaigris, plus ou moins cachectiques, les autres présentant une surcharge graisseuse à laquelle participait le cœur. Aussi Frænkel n'entend nullement édicter une proscription absolue contre l'emploi du sublimé pour les besoins de la chirurgie et de la pratique obstétricale. Il se plaît à reconnaître qu'en tant qu'antiseptique, le sublimé est supérieur aux agents similaires, connns et employés jusqu'à ce jour. Mais en même temps il insiste sur les dangers que l'usage intempestif des solutions de sublimé fait courir dans des circonstances déterminées, circonstances qui penvent être considérées comme des contre-indications à l'emploi du bichlorure de mercure. En outre, il fait ressortir les caractères particuliers qu'offre cette intoxication hydrargyrique consécutive à l'absorption du sublimé à la surface d'une plaie ou d'une séreuse: Contrairement à ce qui a lieu quand le mercure est introduit dans l'organisme par les voie endermique et hypodermique ou par le tube digestif, la salivation fait presque toujours défaut, et, quand elle se montre, c'est toujours très tardivement. Il semble que l'action délétère du toxique se localise sur la dernière portion du tube digestif, en donnant lieu à une entérite diphtériforme du gros intestin, qui s'accuse, du vivant du sujet, par du tenesme anal, des coliques, une diarrhée sanguinolente. A l'autopsie, cette entérite se présente avec les caractères suivants : ou bien la muqueuse est frappée de nécrose superficielle, par plaques occupant une étendue plus ou moins grande; ou bien elle est reconverte d'un exsudat diphtéritique, qui infiltre les couches sous-jacentes, et qui est disposée par îlots, au niveau desquels la muqnense est d'un rouge jaunâtre. En se détachant, cet exsudat met à nu des pertes de substance à bords sinueux, quelquefois comme découpés à l'emporte-pièce. Le fond de ces ulcérations est tantôt rouge, tantôt d'un gris sale. Les ulcérations profondes sont relativement rares. Cependant des altérations considérables peuvent se faire en un espace de temps relativement court; ainsi, dans un cas où l'autopsie du patient fut pratiquée vingt-quatre heures après une laparotomie pour laquelle on avait eu recours au sublimé comme agent d'antisepsie, les couches les plus superficielles de la muqueuse du gros intestin étaient nécrosées sur une longueur de 24 centimètres. C'est dans le rectum que cette entérite diphtéroïde atteint sa plus grande intensité. Il est rare (4 fois sur 24) qu'en remontant elle dépasse la valvule de Bauhin. Au-dessous, et tout à l'entour des plaques d'exsudat et de nécrose, la muqueuse est fortement hyperémiée et sa turgescense lui communique parfois une grande rigidité.

— M. Krukenberg et Ribbert (*loc. cit.*) ont publié trois observations d'ovariotomie avec terminaison fatale snrvenne dans des circonstances aseez insolites, pour qu'on fût incité à se demander si le sublimé employé comme antiseptiqne an moment de l'opération n'était pas, dans une certaine mesnre, responsable dn dénouement fatal.

Voici comment les choses se sont passées : Une première série de 11 ovariotomies, pratiquées avec emploi du sublimé pour la désinfection des mains de l'opérateur, de la paroi abdominale de la malade et de la soie utilisée pour les sntures (solution à 1 pour 1,000), pour la désinfection dee éponges (solution à 0,75 pour 1,000), n'avait donné que des succès. Après l'opération, la plaie avait été saupoudrée avec de l'iodoforme et recouverte d'un pansement de ouate salicylée. On avait procédé d'une façon identique pour la douzième ovariotomie; l'opération avait bien marché; dans les jours qui suivirent, la malade avait eu un peu de fièvre (température maxima 38° 8, dans le vagin), La plaie abdominale s'était cicatrisée par première intention. Il y avait un peu de météorisme. Au huitième jour, sans cause apparente, la malade tomba dans un état de collapsus, qui s'aggrava rapidement; elle succombait dans la soirée. On ne trouva rien à l'autopsie qui pût expliquer cette mort rapide, mais on fut frappé des adhérences solides et étendnes qui fixaient des anses de l'intestin grêle à la paroi abdominale, et dont l'une était soudée à la plaie tégumentaire. Même évolution à la suite de deux autres laparotomies, avec mort rapide dans le collapsus, le 9ᵉ et le 13ᵉ jour, eans réeultats nécroscopiques capables de rendre compte du dénouement.

Il n'y avait pas non plus, sur la muqueuse intestinale, les altérations mentionnées plus haut comme étant les traces palpables d'une intoxication par le sublimé employé pour la désinfection des plaies, mais, dans les trois cae, des adhérences péritonéales, remarquahles par leur étendue et par leur solidité. MM. Krukenberg et Ribbert supposent que c'est le contact du péritoine avec la solution de sublimé, qui, en irritant la séreuse, provoque la formation de ces adhérences ; ils se demandent si cette irritation, transmise par la voie des filets terminaux des nerfs splanchniques, n'a pas contribué à causer une mort rapide par paralysie cardiaqne réflexe ? Enfin ils n'hésitent pas à conclure des observations faites dans la clinique de Bonn que, dans les cas d'ovariotomie, il ne faut ee servir du sublimé que ponr la désinfection des mains, de la paroi abdominale et des muqueuses (tubaire, utérine), et s'abstenir de porter au contact du péritoine des éponges imprégnées d'une solution de sublimé assez forte pour assurer l'asepsie; en un mot, pour la toilette du péritoine, il faut recourir à un autre antiseptique qne le snhlimé, par exemple à une solution de chlorure de sodium à 0,6 %; suivant la manière de faire de Neuber.

E. Ricklin.

NEUROPATHOLOGIE

Remarques critiques sur l'étude de l'aphasie et de ses variétés.

Peu à peu le jour commence à se faire sur cette épineuse question de l'aphasie, et l'excellente et récente thèse de M. Bernard (*De l'aphasie et de ses diverses formes*, 1885) vient à point pour nous permettre d'examiner brièvement en quel état se tronve le débat, qnels en sont les points éclaircis et ceux qni restent encore à établir.

Quoique la critique eût bean champ à s'ébattre sur l'historique de l'aphasie, nons passerone à dessein sous silence cette irritante qnestion de priorité. A ceux qui eeront tentés d'aller puiser aux sources mêmes, conseillons la méthode snivie par M. Bernard. Toutefois, qu'il nous soit permis de dire incidemment qu'à nos yeux cet auteur s'est engagé trop bravement dans le débat et qu'nne lecture impartiale des pièces du procès ne nous amène pas à sa conclusion. Si Broca est le père, le créateur de l'aphasie, avouons qu'il a eu des aïeux clairvoyants; ceci n'enlève rien à la gloire de sa découverte. Quoi qu'il en soit, le domaine de l'aphasie commence à s'agrandir singulièrement, à telle enseigne qu'on ne voit pas encore bien distinctement quelles limites lui seront assignées dans un avenir rapproché. Cécité verhale, surdité verbale, aphémie, agraphie, écholalie, paraphasie, paragraphie, acataphasie : sont-ce là des formes de l'aphasie? n'y a-t-il pae tout inconvénient à multiplier ainsi des variétés, et le type clinique de l'aphasie, bien connn quoi qu'on en dise, ne perd-il pas en netteté ce qu'il gagne en étendue? C'est en effet là le défaut, irrémédiable à nos yeux, de toute une série de recherches estimables, qui vont se perdant en des analyses dont rien n'égale la minntie. A cet égard, il est de notoriété qu'en ces sortes de travaux l'Allemagne tient la tête ; ceux qui se sont imposé par exemple la lecture du travail de Kussmaul (*les Troubles de la parole*, trad. Rueff, 1884) savent quel malaise cérébral éprouve l'esprit pour suivre les subtilités sans fin de l'auteur. Il est parfaitement vrai que la plupart ne sont que le résultat d'observations sagaces ; maie, encore un coup, on préférerait, je pense, un peu moins d'ingéniosité et plus de netteté. Certes, la cécité littérale diffère bien de la cécité verbale par quelque chose, mais demain qnelque chercheur ne nous décrira-t-il pas une cécité de la ponctuation ? après la surdité verbale, ne voit-on pas poindre une anosmie aphasique, accompagnée d'une aneethésie de même nature? Je pense, pour ma part, qu'il est temps de ramener à sa juste proportion cette qnestion de l'aphasie, française cliniquement et anatomiquement, et qu'il est imprudent de la laiseer se perdre dans des subtilités sans nom.

L'aphasie peut être difinie : la perte plus ou moins complète du langage. Cette définition très large, trés élastiqne, a le grand avantage, à nos yeux, de donner du syndrôme aphasie l'idée d'nn symptôme complexe et divers, comme l'est le langage lni-même en see multiples manifestations. Ainsi se trouvent englobés la *mimique*, le *langage écrit*, *vu* et *entendu*. Or, quoi qu'on en ait, quoi qu'on en dise, tout le reste est d'une importance minime et doit se fondre et ee perdre dans la deecription générale du syndrome. Qui dit syndrome dit réunion de plusieurs signes; il ne s'agit donc plus qne de passer en revue les manifestations de l'aphasie. En cette rapide étude, qui n'a aucnne prétention à l'érudition, nous voulons simplement montrer par quelques exemples concrets ce qu'est l'aphasie avec ses variétés.

L'aphasie, telle que l'entendaient Broca, Trousseau et que nous l'entendions nous tous jusqu'aux travaux de Kussmaul, de Wernicke, est ce que tout récemment encore on a décrit sous le nom si contesté d'*aphémie*. Le mot ne fait rien à l'affaire ; grammatical ou non, le tout est de s'entendre. Donc l'aphémie « est la perte du langage articulé » (Broca). Le type clinique

pur, est si banal, que nous n'en donnone aucun exemple ; le type anatomique n'est pas moins net : c'est celui trouvé et décrit par Broca il y a plus de vingt ans, lésion de la 3e circonvolution frontale gauche; la démonstration péremptoire en est fournie par les observations des gauchers. La doctrine des localisations cerébrales est créée, et plût au ciel qu'elle eût toujours procédé avec autant de prndence ! son succès eût été mieux assuré. Depuis lors aucune observation probante n'est venue détruire le bien fondé de la découverte. M. Bernard, que nous plaisons encore à citer, a passé au crible d'une critique rigoureuse les observations réputées contradictoires : aucune n'est sortie indemne de ce travail de revision. Ainsi donc, c'est à juste titre qne la synonymie s'est établie entre aphasie (au sens de Trousseau) et lésion de la 3e circonvolution gauche frontale.

En va-t-il de même des autres parties de l'aphasie, de la cécité et de la surdité verbales par exemple? Si l'on n'écoutait que les enthousiastes de la première heure, nul doute ne serait permis, le lobule pariétal inférieur serait constamment intéressé lors de cécité des mots, de même que la surdité verbale s'accompagnerait d'une lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche. Il s'en faut de beaucoup, à nos yeux, qu'il en soit ainsi : la lecture des observations et des protocoles anatomiques ne nous convainqnent pas entièrement, et quoique l'Ecole de la Salpêtrière se soit faite le porte-parole de ces nouvelles localisations, nous croyons qu'une réserve est permise.

D'aucuns sans donte trouveront excessives ces restrictions et ne manqueront pas de les qualifier de retardataires; mais il importe peu en ces matières : il suffit de passer au crible les opinions et de n'en retenir que ce qu'elles ont de démontré. Sous le nom de cécité verbale, cécité psychique, cécité cérébrale, d'amblyopie aphasique, on a décrit des choses un peu différentes; ce qu'il faut entendre sous ces appellations diverses est cependant fort simple et, mieux que toute description, un exemple fera comprendre facilement la singularité de ce trouble.

Un malade voit écrits des mots; exemple : L'aphasie est un symptôme cérébral... Or il ne les voit qu'en tant que dessin ; il ne les interprète pas en tant que signes ; il voit et n'entend pas (entendre étant pris au sens philosophique du mot).

La surdité verbale est le même signe frappant l'oreille : le malade entend le *bruit* des mots, mais n'interprète pas leur signification ; il entend sans entendre ou comprendre (si l'on ne veut faire une synonymie malheureuse).

Voilà assurément des types cliniques qui méritent d'être conservés et de prendre place à côté du tableau si frappant de l'aphasique par lésion de la circonvolution de Broca. Mais si ces faits cliniques réels, indéniables, peuvent être rapprochés, nous dirions volontiers confondus avec l'aphasie de Broca, ont-ils, eux aussi, une anatomie pathologique invariable ?

C'est ici que nous différons d'opinion avec les auteurs qui se sont récemment occupés de la question et qui, à nos yeux, ont posé des conclusions prématurées. Je n'en veux d'autre preuve que l'observation VI relatée dans la thèse de M. Bernard *(loc. cit.)*, intitulée : « Cécité verbale incomplète ; cécité musicale complète; aphémie partielle et suivie d'antopsie. » Voici, très résumés, les résultats de celle-ci : Plaque jaune de toute la *moitié supérieure de l'insula*, de la *partie moyenne et postérieure de la troisième frontale* et du *quart inférieur de la frontale descendante*. Ainsi donc voilà, comme preuve à l'appui de la localisation de la cécité verbale (lobule pariétal inférieur), une lésion aussi diffuse qu'on peut l'imaginer, et j'ai négligé volontairement de faire remarquer que le lobule pariétal supérieur était lui-même intéressé. Je n'insiste donc pas plus longtemps sur ces inductions si rigoureuses en apparence, je signale seulement comme un écueil cette tendance du moment à vouloir *localiser* quand même ; n'est-ce pas compromettre l'avenir de cette question si vaste des localisations cérébrales, qui déjà a éprouvé tant de mécomptes ? Et si l'on m'objecte que le lobule pariétal inférieur était bien intéressé dans l'observation précitée, je me permettrai de demander en vertu de quelle loi on affirme que cécité verbale et lésion du lobule pariétal inférieur sont deux termes corrélatifs, car enfin si la cécité littérale, verbale, musicale, etc., ne sont pas une seule et même chose, elles ont des siéges multiples. Or, quels sont-ils ?

La surdité verbale me fournirait matière à des amplifications de même nature, qu'il me semble inutile de reproduire. La localisation à la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche est, comme sa devancière, un peu hâtive à mes yeux. L'agraphie et toutes ses variétés n'a pas semblé mériter une telle faveur, et ce n'est que sous bénéfice d'inventaire qu'on lui a donné comme siége la deuxième circonvolution frontale gauche. Pourquoi cette réserve lui est-elle spéciale ?

Pour nous résumer, nous dirons que, si l'autonomie de quelques *variétés* de l'aphasie semble se dégager à juste titre, il en est au contraire une foule d'autres qu'il nous paraît juste de réintégrer au domaine de l'aphasie telle que les anciens cliniciens la comprenaient. Ces divisions artificielles qui créent de petites maladies dans une grande nous semblent fâcheuses au point de vue de la compréhension générale d'une affection. Certes, la pneumonie du sommet diffère profondément de la pneumonie de la base ; mais, encore un coup, c'est toujours une pneumonie. L'individu qui a perdu le langage écrit ou parlé est-il si dissemblable qu'on nous le dit ? Nous ne le pensons pas : il est différent, ce qui n'est pas synonyme. Aussi nous paraît-il dangereux de dissocier à l'infini des symptômes si péniblement édifiés par nos prédécesseurs, pour se donner le facile plaisir de créer quelque nouveauté.

JUHEL-RÉNOY.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

AIDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE (MUSCLES, LIGAMENTS, VAISSEAUX, NERFS), par ALEXIS JULIEN, répétiteur d'anatomie. — Paris, 1885. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

L'auteur, connu des anatomistes par plusieurs publications, entre autres par un très intéressant mémoire sur la *comparaison des membres thoraciques et abdominaux*, livre aujourd'hui au public un petit volume composé d'une série de tableaux qui sont le fruit d'une expérience déjà longue de l'enseignement de l'anatomie.

On se tromperait fort si l'on croyait avoir affaire à l'un de ces petits manuels qui, encombrent de nos jours la littérature médicale et qui se réduisent à des résumés, généralement aussi incomplets que défectueux, d'ouvrages plus considérables. Là les choses essentielles, quand elles ne sont pas entièrement oubliées, sont souvent noyées au milieu de détails secon-

daires et infimes. Ici, au contraire, les faits importants sont seuls mis en évidence et indiqués d'une façon à la fois complète et exacte.

Rien de plus utile qu'une œuvre de ce genre, mais aussi rien de plus difficile comme de la mener à bonne fin. Nous n'hésitons pas à affirmer que l'auteur a su triompher des difficultés de tout genre que présentait sa tâche, surtout pour ce qui concernait l'ordre à suivre dans cette étude synoptique des *muscles*, des *ligaments*, des *vaisseaux* et des *nerfs* du corps humain. Les candidats au deuxième examen du doctorat en médecine, les concurrents à l'internat et à l'externat des hôpitaux trouveront dans ce petit livre des notions exactes et précises sur les organes en question. Ils trouveront toute facilité pour revoir, en quelques heures, les questions les plus importantes de l'anatomie descriptive.

Avec ce bréviaire en main, les jeunes gens qui dissèquent dans les amphithéâtres pourront rapidement reconnaître les parties mises à nu par le scalpel et éviter ainsi la perte d'un temps précieux. Quant à ceux qui se préparent à la dissection par l'étude préalable de l'ostéologie, ils ne sauraient avoir de meilleur guide; ils y trouveront les insertions musculaires et ligamenteuses décrites avec le plus grand soin et avec la plus rigoureuse exactitude.

Que de fois aussi il arrive au praticien d'éprouver de l'embarras à se rappeler les muscles animés par un ou plusieurs nerfs : tous savent combien il importe d'avoir ces notions d'anatomie présentes à la mémoire, lorsqu'il s'agit d'appliquer l'électricité au traitement de certaines maladies. Un coup d'œil jeté sur les tableaux synoptiques de M. Julien leur permettra de passer en revue toutes les branches musculaires fournies par chaque nerf ou chaque plexus.

L'élégance et la clarté résultant de la disposition typographique de cet ouvrage font d'un livre essentiellement scientifique un volume de luxe. Or, sa valeur intrinsèque ne le cède en rien à ses qualités extérieures, et si elle est appréciée autant qu'elle le mérite par les candidats aux examens et aux concours d'anatomie, voire par ceux qui s'adonnent à l'enseignement élémentaire de cette science, le petit livre de M. A. Julien est assuré d'un succès considérable.

E. R.

ETUDE CRITIQUE DES INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE LETIÉVANT (ESTLANDER), par M. GEORGES (Joseph-Antoine).

La première partie de ce travail est consacrée à la discussion d'une question de priorité. Depuis la publication du mémoire d'Estlander dans la REVUE DE CHIRURGIE en 1879 et le rapport de M. Berger à la Société de chirurgie en 1884, on admet généralement que c'est à Estlander qu'appartient sinon l'idée première, tout au moins le mérite d'avoir exécuté la première opération ayant pour but de combler une fistule pleurale en réséquant plusieurs côtes, de façon à mobiliser les parois et à permettre l'accollement des surfaces suppurantes. M. Georges (Joseph-Antoine) rappelle que Letiévant, chirurgien de Lyon, a présenté à la Société de chirurgie le 7 juillet 1875 un mémoire relatif à une résection costale faite en 1873 avec succès. Trois autres opérations ont été faites avant la publication du mémoire d'Estlander par M. Letiévant. Aussi, au moment de la publication du rapport de M. Berger, des réclamations furent-elles faites par l'auteur lui-même, par MM. Gayet et Daniel Mollière. Un élève d'Estlander, M. Leymann, a d'ailleurs déclaré depuis, que celui-ci avait ignoré complètement les travaux de Letiévant. Quoi qu'il en soit, il nous semble résulter de la lecture des deux mémoires que l'idée de la mobilisation chirurgicale de la paroi thoracique, destinée à faciliter la guérison d'un foyer intra-pleural, appartient à Letiévant, qui non seulement a démontré la possibilité de l'opération, mais l'a exécutée le premier. A Estlander revient le mérite d'avoir formulé des indications opératoires nettes et précises. Sans méconnaître les services qu'a rendus le chirurgien d'Helsingfors, nous nous associons aux réclamations du chirurgien de Lyon et nous estimons que ce serait justice de dénommer l'opération de la résection costale à la suite des empyèmes restés fistuleux : « Opération de Letiévant ».

Dans la deuxième partie de sa thèse, l'auteur exprime la crainte qu'on ne se hâte trop de pratiquer la résection costale; il démontre l'existence de fistules consécutives à un empyème, qui ont cessé de communiquer avec la plèvre et qui sont justiciables d'un traitement beaucoup plus simple.

Dr E. DESNOS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. Hugo Schulz. — DIE OFFICINELLEN PFLANZEN UND PFLANZEN PRÆPARATE. Un volume in-8 avec de nombreuses figures. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Excellent petit manuel orné de 94 très bonnes figures et renfermant une étude concise de chacune des principales plantes officinales. Chaque description comprend deux parties : d'abord un résumé des caractères botaniques de la plante, puis une notice sur les préparations officinales dans la composition desquelles entre la plante étudiée.

II. G. Lehr. — DIE HYDRO-ELEKTRISCHEN BÆDER, IHRE PHYSIOLOGISCHE UND THERAPEUTISCHE WIRKUNG. Un volume in-8 avec 21 figures. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Voici les principaux chapitres de cette intéressante étude. Après un court historique, G. Lehr résume la technique des bains hydro-électriques, leur influence électrolytique, leur action sur les principales fonctions physiologiques. Une seconde partie a trait à l'action thérapeutique. Ce sont d'abord les indications et les contre-indications générales, puis leur action spéciale dans l'asthénie cérébro-spinale, la spermatorrhée, la maladie de Basedow, les tremblements et les contractures, la chorée, l'hystérie, l'hypochondrie, les névralgies, le tabes dorsal, le morphinisme, l'arthritisme, la polyarthrite déformante, etc.

A lire tout particulièrement le chapitre où l'auteur expose ses recherches sur les modifications de nutrition produites par les bains électriques, qui paraissent augmenter sensiblement la proportion de l'urée excrétée dans les vingt-quatre heures.

III. Ernst Bumm. — DER MICRO-ORGANISMUS DER GONORRHOISCHEN SCHLEIMHAUTERKRANKUNGEN « GONOCOCCUS-NEISSER ». — Un vol. gr. in-8 avec 4 planches. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Après un substantiel historique, Ernst Bumm trace la description complète du gonococcus de Neissen, sa morpho-

logie, ses réactions colorées, sa culture, les résultats produits par son inoculation. Quatre belles planches avec quatorze figures terminent cette excellente monographie, riche en observations personnelles.

IV. Julius Rosenbach. — MIKRO-ORGANISMEN BEI DEN WUND-INFECTIONS. KRANKHEITEN DES MENSCHEN. Un volume grand in-8 avec cinq planches. — J.-F. Bergmann, Wieshaden, 1884.

Ce volume a obtenu en Allemagne un très grand succès. C'est un résumé fidèle des connaissances acquises sur le rôle des organismes inférieurs dans la genèse des accidents infectieux qui suivent les traumatismes, avec une grande quantité d'expériences et d'observations de contrôle dont l'auteur a su tirer des vues assez originales. Parmi les chapitres les plus intéressants, je citerai celui sur la formation du pus et des abcès, puis ceux qui traitent de la septicémie et de la pyohémie. Cinq belles planches en chromo-lithographie représentent des cultures du staphylococcus « pyogenus aureus », du staphylococcus « pyogenus albus », du microbe en chapelet, du micrococcus « pyogenes tenuis », du bacille saprogène, etc., etc.

V. J. Rosenbach. — UNTERSUCHUNGEN ÜBER DIE BEZIEHUNGEN KLEINSTEA LEBENDER WESEN ZU DEN WUND-INFECTIONS KRANKHEITEN DES MENSCHEN. Une brochure in-8. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Conférence faite à la 57ᵉ réunion des naturalistes allemands, à Magdebourg, sur les découvertes et les méthodes de Koch, ainsi que sur les applications cliniques de la microbiologie.

ALBERT ROBIN.

NOTES & INFORMATIONS

LES VACCINATIONS CHOLÉRIQUES. — Le remarquable rapport adressé au ministre du commerce par MM. Brouardel, Charrin, Albarran, sur les vaccinations cholériques du docteur Ferran, communiqué mardi dernier à l'Académie de médecine et qu'on a pu lire *in extenso* dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, justifie la réserve avec laquelle les expériences du médecin espagnol ont été accueillies en France. Les sages principes développés dans ce rapport et les conclusions qui en découlent auront l'approbation de tous ceux qui ont le respect de la vie humaine et un juste sentiment de la dignité scientifique. On pourra encore discuter ou plutôt disputer en Espagne sur la vaccination cholérique; la question est désormais jugée en France, et la poursuite des expériences de M. Ferran n'a plus aucun intérêt.

Ce qui en a davantage, malheureusement, ce sont les progrès de l'épidémie. Espérons que les mesures sanitaires prises à la frontière nous préserveront d'une visite nouvelle du fléau.

— Voici les dernières nouvelles reçues sur la marche de l'épidémie :

D'après la GACETA, en date du 9 juillet, il y a eu hier à Madrid 5 cas de choléra et 4 décès; à Aranjuez, 50 cas et 69 décès;

Province d'Alicante : 138 cas et 67 décès;
Province de Murcie : 151 cas et 55 décès;
Province de Valence : 822 cas et 411 décès;
Province de Cuenca : 11 cas et 2 décès;
Province de Teruel : 7 cas et 5 décès;
Province de Saragosse : 128 cas et 36 décès;
Province de Carthagène : 24 cas et 17 décès;
Province de Castellon : 114 cas et 50 décès.
Soit : 1,450 cas et 716 décès pour toute la péninsule.

Le choléra commence à envahir la province de Tarragone; il continue à augmenter dans la province de Saragosse, où 32 villes sont déjà atteintes. A Aranjuez, le nombre des cas diminue, mais celui des décès augmente. L'épidémie a fait son apparition dans 20 villes de la province d'Alicante.

— Par décret, en date du 7 juillet 1885, il est enjoint à toute personne logeant des voyageurs venant d'Espagne d'en faire la déclaration à la mairie de la commune, dès l'arrivée des voyageurs.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus dénommées, pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Les contraventions aux dispositions qui précèdent seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1882, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 600 francs quiconque aura contrevenu, en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes.

— LES SYNDICATS MÉDICAUX DEVANT LA COUR DE CASSATION — La Cour suprême a confirmé le jugement du tribunal de Domfront et l'arrêt de la Cour de Caen : les syndicats médicaux n'ont pas le droit d'exister. On assimile les médecins à des industriels ou à des commerçants quand il s'agit de leur imposer une patente, mais cette assimilation cesse quand il s'agit de leur permettre de s'associer pour défendre leurs intérêts. Il ne faut pas se décourager, et puisque nous avons perdu notre cause devant le pouvoir judiciaire, nous aurons à la plaider de nouveau devant le pouvoir législatif, dont la pensée, dans la circonstance actuelle, a certainement été méconnue.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Thuillier, membre de la mission d'Egypte en 1883, et mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, a eu lieu mercredi 1ᵉʳ juillet 1885, à l'Ecole normale supérieure, en présence du ministre de l'Instruction publique, qui a prononcé, en termes émus, l'éloge du jeune et regretté savant.

Ce monument se compose d'un buste en bronze, œuvre d'Idrac, posé sur une console de marbre portant une inscription. Il est placé sous le péristyle réservé aux élèves de l'Ecole normale.

— La Société médico-psychologique a fixé définitivement l'inauguration de la statue de Pinel, élevée devant l'hospice de la Salpêtrière, à lundi prochain 13 juillet 1885, dix heures du matin, sous la présidence de M. le docteur Dagonet.

— Sur le rapport du ministre de l'intérieur, une médaille d'or de première classe vient d'être décernée à M. le docteur Bonnefoy, médecin à Paris, pour « sa belle conduite pendant l'épidémie cholérique de 1884 ».

— M. le docteur Roux est nommé, par arrêté ministériel du 1er juillet 1885, membre de la commission supérieure du phylloxéra.

— L'Académie des inscriptions et belles-lettres vient de décerner une mention honorable à M. le docteur Paulmier pour son ouvrage intitulé : « Ambroise Paré, d'après des documents nouveaux. » (Concours des antiquités nationales.)

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henri Laharraque.

***

Faculté des sciences de Paris. — Les inscriptions pour les examens de licence ès sciences seront reçues au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours, de deux heures à quatre heures, du mardi 7 juillet 1885 au samedi 18 du même mois.

Les inscriptions pour le brevet de capacité seront reçues au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours, de deux heures à quatre heures, du 16 au 25 juillet 1885.

***

Académie des sciences. — Dans son comité secret de lundi, l'Académie des sciences a désigné pour le prix biennal de 20,000 fr., après deux tours de scrutin, M. le docteur Brown-Séquard, professeur de physiologie au Collège de France, par 40 suffrages contre 15 à M. de Brazza et 1 bulletin blanc, sur 56 votants.

Ce choix a été ratifié par l'Institut, dans la réunion des cinq Académies d'avant-hier mercredi, qui a décerné ledit prix au savant physiologiste par 74 voix contre 7 à M. de Brazza, 1 bulletin blanc et 1 bulletin *non*.

— Dans cette même séance des cinq Académies, M. Julia Pingard a été élu chef du secrétariat de l'Institut en remplacement de M. Pingard père.

***

Société médico-pratique de Paris. — La Société médico-pratique vient de transférer le siège de ses séances dans l'hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, où tous documents la concernant doivent désormais être adressés. — Nous rappelons, à ce propos, que cette Société décernera en janvier prochain un prix de 600 fr. à l'auteur (étudiant ou docteur) du meilleur travail inédit écrit en français, sur une question de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les mémoires, adressés dans les formes académiques, ne seront reçus que jusqu'au 1er novembre 1885.

***

Concours. — La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée mardi dernier. Les vingt candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles aux épreuves d'admissibilité. Ce sont : MM. les docteurs Béringier, Bourcy, Chantemesse, Comby, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gaucher, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Rénoy, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Lorey, Martin, Petit, Robert et Siredey.

— Les trois épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sont également terminées. Les huit candidats dont les noms suivent ont été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Brun, Picqué, Routier, Petit-Vendol, Michaux, Bazy, Marchand et Jullien.

Les dernières questions données pour l'épreuve orale ont été : 1o les ruptures traumatiques de l'urèthre; 2o les lésions traumatiques du rein.

Le sujet de l'épreuve écrite a été : 1o articulation de la tête avec la colonne vertébrale; 2o le torticolis.

— Le jury du concours pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef-adjoint de clinique chirurgicale, qui s'est ouvert mercredi dernier 1er juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Guyon, Le Fort, Verneuil et Lannelongue.

La question donnée pour la première épreuve (composition écrite) a été : « Vaisseaux du rectum; anatomie pathologique et pathogénie des hémorrhoïdes. »

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chef titulaire et deux places de chef-adjoint de clinique médicale, qui s'est ouvert le lundi 6 juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Bouchard, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant. Celui du concours pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef-adjoint de clinique des maladies du système nerveux, qui s'est ouvert également le lundi 6 juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Bouchard, Charcot, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant.

***

Hôpitaux. — M. le docteur Bourcy est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. De Brun, démissionnaire.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 7 juillet 1885, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Achard, médecin-major de deuxième classe, attaché au corps expéditionnaire du Tonkin; Serès, Maget, médecins de première classe de la marine; Romanowski, Péthellaz, médecin de deuxième classe de la marine; Lalande, pharmacien de première classe de la marine.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 27 juin 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Czernicki, secrétaire du comité consultatif de santé. — Est maintenu audit comité.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Pons.— Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Noël.— Est maintenu à l'Ecole de Saint-Cyr.

(Choix.) M. Redon. — Est maintenu à l'Ecole polytechnique.

— Par décret, en date du 27 juin, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lerefait, Mondan, Magnan, Lacour, Richard, Josserand, Lebreton, Mathieu, Hélie, Pilatte, Moiroud, Laville, Parizot, Laguaite, Monvenoux, Richardière, Masson, Irchert, Marey, Ricard, Long, Legoy, Lemoine, Manhaviale, Raymondon.

— Par décret, en date du 30 juin, M. Fragne, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle du 1er juillet 1885 :

M. Bressy, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Héricourt, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du 1er corps d'armée, a été désigné pour le dépôt du 16e de ligne.

M. Richard, médecin-major de deuxième classe au 43e d'infanterie, a été désigné pour être attaché à la direction du 1er corps d'armée.

M. Delcusse, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

***

HERBORISATION. — M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 12 juillet, dans les bois de Chaville-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à 11 heures 35, pour la station de Chaville.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 JUIN AU SAMEDI 4 JUILLET 1885.

Fièvre typhoïde 12. — Variole 4. — Rougeole 28. — Scarlatine 1. — Coqueluche 7. — Diphthérie, croup 17. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 145. — Autres tuberculoses 22. — Autres affections générales 59 — Malformation et débilité des âges extrêmes 39. — Bronchite aiguë 12 — Pneumonie 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 52. — au sein et mixte 30. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 79. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 8. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 11. — Total de la semaine: 848 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le docteur Lévi. Un volume in-18 avec 80 figures intercalées dans le texte. —Prix : 7 fr. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, Paris.

Traité de matière médicale et pharmacographie, physiologie et technique des agents médicamenteux, par le professeur B. Fonssagrives. Un fort volume in-8°, avec 241 figures intercalées dans le texte. — Prix: 21 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons sur les maladies des voies urinaires faites à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Reliquet. 2e fascicule. — Stagnations d'urine. Un vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50. L'ouvrage complet : 5 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Etude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (Bacille de la fièvre typhoïde), par G. Artaud. Une broch. gr. in-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, ancienne librairie Germer Baillière et Ce, Félix Alcan, successeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation, sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse, par M. le docteur Edouard Doré, de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 40 pages. — A la librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 29 18 JUILLET 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Leçon de M. le professeur GUYON, faite à l'hôpital Necker et recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Dans la dernière leçon, j'ai surtout insisté sur l'utilité de prendre les lésions de la vessie pour base de la classification des cystites, et de ne pas séparer l'étiologie de l'anatomie pathologique. Aujourd'hui, au moment d'aborder la symptomatologie, cette double notion nous est indispensable ; car une étude générale des cystites serait presque impossible à faire si on n'avait présentes à l'esprit chaque espèce, chaque variété particulière.

En effet, la cystite n'offre aucun symptôme qui soit pathognomonique ; ni la fréquence, ni la douleur, quelles qu'en soient la violence et la modalité, ne peuvent entraîner le diagnostic ; des mictions à intervalles très rapprochés, très douloureuses, peuvent se rencontrer chez des sujets qui n'ont pas trace de cystite, et j'ai pu vous montrer, il y a quelque temps, un névropathe qui avait des besoins d'uriner impérieux et violents, séparés par quelques minutes à peine.

En revanche, il y a un symptôme qui s'observe, il est vrai, sans cystite, mais sans lequel on ne peut pas dire qu'il y ait cystite. Je veux parler de la présence du pus dans l'urine. La vue seule ne suffit pas pour établir ce diagnostic ; certaines urines ne sont troubles que parce qu'elles sont chargées d'urates, de phosphates, de débris d'épithélium qui en troublent la transparence ou forment un dépôt au fond du vase Ce sont les réactifs chimiques, c'est surtout le microscope dont il faut se servir et qui permettront de découvrir la présence de leucocytes dans une urine d'apparence parfaitement limpide.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 18 avril 1885.

Ce signe n'autorise pas, il est vrai, à affirmer la cystite, car le pus peut venir des reins ; il peut avoir été entraîné du fond de l'urètre prostatique par le premier jet de l'urine. Aussi, en face de l'analyse chimique et histologique, devez-vous faire l'*analyse clinique* du liquide qui vous est soumis et rechercher toutes les conditions dans lesquelles l'urine aura été rendue.

Vous voyez ici, dans ces verres à expériences, divers échantillons d'urine. Les trois premiers proviennent d'un malade couché au n° 17 et on a recueilli séparément l'urine du commencement, du milieu, de la fin d'une même miction. Dans le premier verre, le pus se dépose en une couche assez épaisse ; dans le deuxième, il en existe à peine ; dans le troisième, le pus reparaît en grande abondance. La précaution, qui a consisté à faire uriner le malade dans les trois vases séparés, nous donne de précieux renseignements : au commencement, l'urine entraîne du pus qui s'est déposé près du col ou dans la portion prostatique de l'urètre ; dans le deuxième, nous voyons l'urine telle qu'elle était dans le corps même de la vessie, en contact avec des parois non enflammées. A la fin de la miction, l'urine a été évacuée, mais le pus s'est accumulé à la partie inférieure de la vessie ; le bas-fond se soulève et amène près du col ces produits de sécrétion qui sont évacués les derniers. Ce troisième temps a été accompagné de douleur vive. Nous pouvons ainsi, par l'inspection seule de l'urine, nous rendre compte de la façon dont les choses se passent chez le malade qui a une cystite blennorrhagique. La région atteinte est la région cervicale, le pus s'y accumule dans l'intervalle des mictions, en se mélangeant très peu à l'urine contenue dans le corps de la vessie. Enfin, la vessie se contracte spasmodiquement à la fin de la miction, le bas-fond se soulève et les dernières gouttes de pus sont évacuées.

Ces trois autres verres contiennent de l'urine provenant du n° 19 et recueillie de la même façon. Ici les trois verres présentent un dépôt purulent assez abondant ; le premier cependant en renferme une quantité un peu plus grande que les autres. Il s'agit ici d'une cystite totale qui a envahi toute la muqueuse vésicale ; cependant c'est encore la région antérieure qui est la plus fortement atteinte, c'est elle qui fournit la plus grande quantité de pus.

Voici encore le produit d'une seule miction d'un autre malade, recueilli en trois fois. Vous voyez du pus dans le premier verre, très peu dans le deuxième ; le dépôt purulent reparaît dans le troisième, mais il n'y est pas pur, et vous y distinguez des stries de sang. Il s'agit d'un tuberculeux : les phénomènes qui se produisent sont les mêmes que pour notre blennorrhagique ; les parois vésicales, revenant sur elles-mêmes, compriment la région cervicale, le col est ulcéré et cette pression des parois amène l'expulsion de quelques gouttes de sang. Je pourrais multiplier ces exemples. Il vous sera facile d'étudier ainsi l'évolution de la cystite chez nos malades de la salle Civiale. Je tiens aujourd'hui à fixer dans votre esprit la nécessité de cette analyse chimique ; elle ne

dispense pas des autres analyses, mais elle est aussi importante et peut-être plus féconde en indications diagnostiques et thérapeutiques.

Dans d'autres cas, dont voici des exemples, l'urine paraît ne pas contenir de pus ou n'en contenir qu'une faible quantité; en revanche, les parois du vase sont tapissées par un magma gélatineux, collant, visqueux, plus ou moins transparent ou louche. On le désigne souvent sous le nom de mucus et on le considère comme un des symptômes de ce que quelques chirurgiens désignent encore aujourd'hui sous le nom de catarrhe vésical. Ce dépôt gélatineux n'est autre que du pus transformé suivant certaines conditions que je vais rapidement vous résumer.

La présence de cette masse visqueuse dans l'urine est l'indice d'un état aigu ou tout au moins subaigu, succédant à une affection vésicale ancienne; un autre élément non moins nécessaire à sa production, est un âge avancé. Par exemple, une cystite blennorrhagique, quelle qu'en soit l'intensité, faible, moyenne ou très grande, ne donnera pas lieu à la production de ces glaires, si elle survient chez un sujet jeune. Au contraire, un vieillard, porteur d'une cystite ancienne sous la dépendance d'une hypertrophie prostatique, par exemple, verra très facilement son urine se charger de ces dépôts à la suite d'une inflammation un peu vive, d'un refroidissement, du développement d'un calcul. C'est par-dessus tout la cystite des prostatiques et des vieillards.

Cette décomposition du pus se fait sous l'influence de la transformation ammoniacale des urines, et vous trouverez dans la thèse de M. le docteur Guiard une étude des plus intéressantes de ces phénomènes. La présence de l'ammoniaque est indispensable à cette décomposition, et elle est suffisante. Il n'est pas nécessaire que le pus provienne de l'appareil urinaire; celui qui se forme à la surface d'une plaie quelconque offre les mêmes phénomènes quand il est mis en contact avec un liquide ammoniacal; dans la vessie, pour que cette transformation ait lieu, il faut qu'il y ait une inflammation préexistante et développée dans des conditions particulières. Sur des lésions anciennes, existant en général chez un sujet âgé, est venu se greffer un état aigu, et cette inflammation surajoutée, légère ou intense, détermine la décomposition du pus et la production des glaires filantes et visqueuses, si fréquentes chez les malades qui viennent se présenter dans nos salles.

Un autre élément très important se rencontre souvent dans l'urine des individus atteints de cystite; c'est le sang. Tantôt il n'apparaît que pendant un des temps de la miction ou bien au commencement; il s'est alors déposé dans l'intervalle des mictions, au niveau du col ou de l'urètre prostatique; ou bien à la fin, c'est que des contractions énergiques du muscle vésical ont fait sourdre des gouttelettes sanguines au niveau du point le plus fortement comprimé, c'est-à-dire, le col. Le mécanisme de la production et de l'expulsion du sang est analogue à celui du pus, et je n'ai pas à y revenir.

Dans d'autres circonstances, le sang est mélangé complètement à l'urine, qui reste colorée pendant toute la durée de la miction; cette hématurie, — ce terme est parfaitement approprié à ces cas et pourrait leur être réservé, — reconnaît deux modes de production : tantôt c'est une simple exhalation sanguine à la surface de la muqueuse; tantôt elle est la conséquence d'une véritable inflammation ou aiguë ou chronique. Dans le premier cas, l'exhalation à travers la muqueuse se fait à la suite d'une distension pure et simple. Après une rétention prolongée, les tuniques vésicales cèdent et prennent des dimensions considérables; longtemps irritées, elles ont une grande tendance à la congestion. Celle-ci se produit à coup sûr, quand, à l'aide du cathétérisme, on vide la vessie trop complètement ou trop vite; les vaisseaux, brusquement décomprimés, se laissent distendre par le sang qui s'échappe à travers la muqueuse. Je vous ai déjà parlé de la nécessité qui s'impose à vous, dans ces cas, de ne retirer qu'une petite quantité d'urine à chaque cathétérisme, de n'employer que des sondes de petit calibre pour avoir un écoulement lent du liquide. Je ne vous rappellerais pas ces faits, à propos des cystites, si je ne devais vous faire remarquer que cette congestion est voisine de l'inflammation, et que ce dernier état succède au premier, sous l'influence de la cause la plus légère. Toutes les fois qu'à la distension s'ajoutera un élément inflammatoire, une hématurie en sera la conséquence presque infaillible. Aussi devrez-vous, en présence d'une vessie distendue, apporter des précautions excessives dans le cathétérisme, et ne vider la vessie que par petits coups et à des reprises multiples.

Une cystite, par elle-même, peut donner lieu à une hématurie, à condition qu'elle soit depuis longtemps établie. Les prostatiques vous en offrent de fréquents exemples; chez ceux d'entre eux qui sont arrivés à une période avancée, l'appareil urinaire est toujours en imminence de congestion; les causes les plus légères, un excès, un refroidissement déterminent soit une congestion simple, soit une inflammation; c'est alors que vous verrez leur urine se charger des glaires sur la nature des quelles je me suis expliqué tout à l'heure.

Dans les cas intenses ou dans les cystites les plus anciennes, ces glaires présenteront une coloration rosée uniforme; mais, le plus souvent, le sang se disposera par couches, par stratifications, ou bien formera de petits caillots incorporés dans la matière glaireuse. La quantité du sang est quelquefois assez abondante pour faire croire, non à une lésion inflammatoire, mais à un néoplasme vésical. Cette erreur, difficile à éviter en présence de certaines hémorrhagies, ne peut être dissipée que par l'étude attentive de leur apparition et de leur retour.

L'hémorrhagie vésicale n'est pas l'apanage de la cystite chronique, et on en voit souvent se produire dans les cas les plus aigus, surtout dans la cystite blennorrhagique. Vous savez combien sont, non pas abondants, mais fréquents, ces saignements qui suivent chaque miction et qui sont accompagnés de douleurs intenses; vous connaissez leur durée, leur ténacité et leur disposition à reparaître avec la plus grande facilité. A côté d'eux, je placerai les hémorrhagies qui surviennent dans le cours d'une cystite tuberculeuse et qui reconnaissent un mécanisme particulier; c'est une ulcération qui leur donne naissance, lésion qui ne se rencontre guère que dans cette espèce de cystite.

Les saignements qui succèdent à un traumatisme prennent davantage le caractère d'une véritable hématurie. Ce fait s'observe surtout chez les malades qui se sondent eux-mêmes. Les parties profondes de l'urètre sont blessées et le sang, s'écoulant d'une façon continue, se mélange à toute l'urine contenue dans la vessie; il ne faut pas vous étonner, dans ces cas, de voir survenir non seulement une hémorrhagie considérable, mais aussi des complications inflammatoires; pour peu que les parois vésicales soient congestionnées ou déjà légèrement enflammées. Dernièrement un malade, à qui j'avais broyé un calcul volumineux dans une séance labo-

rieuse, bien qu'habitué depuis longtemps à se sonder lui-même, se blessa l'urètre profond. Il s'ensuivit une hémorrhagie considérable qui guérit néanmoins, grâce à la sonde à demeure, au bout de quelques jours. Mais, pendant ce temps, des symptômes d'une inflammation violente s'étaient montrés et l'état général avait été alarmant; la lésion inflammatoire préexistante avait transformé une plaie insignifiante en un traumatisme grave. Aussi une blessure quelconque du col vésical ou de l'urètre profond devra toujours être considérée comme un accident sérieux, pour peu que la vessie présente des traces d'une inflammation, aiguë ou chronique, même des plus légères.

Tels sont, d'une manière générale, les principaux éléments que vous puiserez dans l'analyse clinique des urines pour asseoir votre diagnostic de cystite; mais vous ne devrez pas négliger les renseignements que vous fournira le malade lui-même; ceux-ci sont de deux ordres: on les distingue, vous le savez, en symptômes généraux et locaux. Nous nous occuperons d'abord des premiers.

En ouvrant la plupart des traités, vous y verrez que la cystite s'accompagne de symptômes généraux et, en première ligne, d'une fièvre plus ou moins intense. Lorsque, au contraire, vous observerez attentivement un malade atteint de cystite, le thermomètre à la main, vous constaterez que *jamais* il ne présente de symptômes fébriles. Prenez pour exemple les cystites les plus intenses, la cystite blennorrhagique, celle des calculeux, celle qui suit quelquefois une séance de lithotritie, complète ou incomplète, vous verrez le malade en proie à des douleurs atroces, à des besoins continuels d'uriner; mais le thermomètre, placé dans le creux axillaire, ne dépassera pas 37°.

Cependant, vous pourriez trouver aujourd'hui même dans nos salles, des malades qui, avec une cystite non douteuse, présentent une élévation de température, non pas momentanée, mais existant depuis plus ou moins longtemps. Examinez ces malades avec soin, vous leur trouverez des symptômes généraux graves, et vous ne tarderez pas à reconnaître qu'indépendamment de leur cystite, ils ont une inflammation des reins. La fièvre qu'ils présentent, de même que leurs symptômes généraux, a tous les caractères de celle qu'on rencontre au cours d'une néphrite, et la cystite concommitante n'est pour rien dans l'élévation thermique.

Je vous ai montré, il y a huit jours, les pièces provenant d'un individu qui est mort quelques heures après son entrée dans nos salles, avec des symptomes généraux des plus graves; on lui avait trouvé une température très élevée. L'autopsie nous a montré un beau type de cystite totale, de cystite interstitielle, mais les reins étaient le siége d'une inflammation aiguë. On peut donc constater de la fièvre au cours d'une cystite; mais cette fièvre revient par accès avec des intervalles plus ou moins éloignés; elle offre un type de fièvre urinaire de cause rénale; pourquoi alors invoquer la lésion vésicale, surtout quand on compare cette courbe thermométrique à celles d'autres malades atteints de néphrite sans cystite, et quand on remarque une parfaite identité entre la marche de la fièvre chez le malade dont la vessie est enflammée et chez celui qui est indemne de lésions vésicales? Et, d'ailleurs, il suffit de rapprocher de ces faits des observations de cystites très intenses, blennorrhagiques ou autres; or, dans ces cas, au milieu des crises les plus aiguës, jamais vous ne verrez d'élévation de la température.

La néphrite n'est pas la seule affection qui puisse induire en erreur. Une péricystite intense, accompagnée d'abcès vésicaux, donnera lieu à une élévation thermique. De même une cystite, développée au cours d'une affection médullaire, sera aussi accompagnée de symptômes fébriles. En revanche, une affection rénale, arrivée à une période avancée donnant lieu à des symptômes urémiques, abaissera la température. Vous vous rappelez que, pendant la dernière leçon, je vous montrais une vessie très distendue avec une diverticule énorme, et qui était le siége d'une inflammation violente. Les reins de ce malade étaient aussi farcis d'abcès; néanmoins, le thermomètre ne marquait pas plus de 37° au moment de sa mort, qui est survenue au milieu de symptômes urémiques. Ce sont là des cas exceptionnels : toutes les fois que la fièvre éclate au cours d'une cystite, c'est que l'affection se complique et que d'autres organes, presque toujours les reins, s'enflamment à leur tour.

D'autres symptômes généraux s'observent cependant dans la cystite; c'est ainsi que l'inappétence est presque absolue, la soif est vive, l'abattement est souvent profond; mais la réaction générale ne dépasse guère ces limites, à moins de complications. Les renseignements de cet ordre resteront toujours un peu vagues, et c'est la vessie que vous devez interroger.

Les malades appelleront surtout votre attention sur deux symptômes : la fréquence des mictions et la douleur. La fréquence est le phénomène obligé de la cystite, et on peut dire que toutes les fois qu'elle se montre, les besoins d'uriner sont plus répétés. On pourrait presque établir une relation entre la fréquence plus ou moins grande de ces besoins et le degré de la cystite : il y a des exceptions. Chez certains sujets, les tuberculeux, par exemple, le retour précipité des besoins est un signe précoce, quelquefois précurseur de la cystite et est resté pendant longtemps le seul symptôme. Au contraire, les prostatiques peuvent conserver une cystite pendant longtemps sans uriner beaucoup plus souvent, surtout pendant la journée. Ce sont là des cas extrêmes; on peut dire, d'une manière générale, que, plus la cystite est intense et plus les besoins d'uriner sont répétés.

La fréquence est influencée aussi bien par le terrain sur lequel évolue la cystite que par les conditions où se trouve le malade. Les mouvements, les secousses, l'augmentent; et le repos au lit n'apporte que peu ou même pas de soulagement, comme cela se voit chez les prostatiques et certains tuberculeux; ailleurs, ces mêmes secousses produisent des besoins impérieux se succédant sans intervalles; il s'agit alors de calculeux. Dans d'autres cas, ils reviennent sans cause, spontanément; c'est qu'il y a des tubercules au col. Il est impossible de donner de ce symptôme une description générale et je dois vous renvoyer aux diverses espèces particulières que nous avons examinées.

(A suivre.)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches sur la contraction simultanée des muscles antagonistes, par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

J'arrive maintenant à mes expériences personnelles. Mes expériences primitives n'ont porté que sur la grenouille, mais

je les ai étendues depuis un lapin, au cobaye et au chien, et, comme on le verra plus loin, elles m'ont donné chez tous ces animaux des résultats identiques, sauf sur quelques points spéciaux.

Chez la grenouille, la disposition expérimentale était la suivante. Le tendon du gastro-cnémien était relié à l'un des leviers du myographe double de Marey, l'animal étant du reste fixé à la planchette de la façon ordinaire; à l'autre levier, je rattachais le tendon d'un muscle antagoniste, fléchisseur du tarse, tantôt le *tibial antérieur* (*pré-fémoro astragalien* de Dugès), tantôt le *péronier* (*génio-péronéo calcanéen* de Dugès). Les deux muscles étaient donc tout à fait indépendants l'un de l'autre. L'animal ainsi préparé, je pratiquais une série d'excitations pour déterminer des contractions réflexes. Ces excitations portaient sur la peau, sur les viscères, sur les nerfs sensitifs, et j'employais tous les divers modes d'excitation, électriques, mécaniques, chimiques, etc., tels du reste que je les ai décrites dans mon travail sur la forme de la contraction musculaire et sur les phénomènes d'arrêt. Tantôt la grenouille était intacte, l'intégrité des centres nerveux étant conservée; d'autres fois, je faisais l'extirpation totale ou partielle de l'encéphale. Quelquefois, enfin, l'animal était abandonné à lui-même, et j'attendais que des contractions *spontanées* se produisissent, l'animal n'étant pas soumis à d'autres excitations que celles qui résultaient de sa fixation sur la planchette du myographe.

Pour les mammifères, l'animal étant attaché sur la planchette d'opérations, j'implantais dans l'extrémité supérieure du tibia une tige de fer qui la traversait de part en part et me permettait de fixer le membre inférieur et de le maintenir dans une immobilité absolue. Les tendons du gastro-cnémien et d'un muscle antagoniste, ordinairement le tibial antérieur, étaient isolés, détachés de leur insertion osseuse et rattachés chacun isolément aux leviers de deux tambours de Marey. Ces tambours étaient réunis à deux tambours enregistreurs, comme dans le myographe à transmission. Pour le reste de l'expérience, je suivais la même marche que pour les expériences sur la grenouille.

Dans les conditions expérimentales que je viens d'indiquer, les trois cas suivants peuvent se présenter:

1o Les deux muscles antagonistes se contractent simultanément;

2o Un seul des deux muscles se contracte, le muscle antagoniste se relâche et s'allonge;

3o Un seul des deux muscles se contracte; le muscle antagoniste reste immobile.

Examinons successivement chacun de ces cas:

1o *Les deux muscles antagonistes se contractent simultanément.*

Dans quelques cas, les plus rares du reste, les deux contractions sont calquées pour ainsi dire l'une sur l'autre; elles débutent et finissent en même temps, et la courbe de la contraction d'un muscle est la reproduction de la courbe de la contraction de l'autre, sauf, en général en un point, la hauteur du tracé qui correspond à l'intensité du raccourcissement.

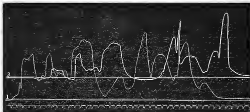
Mais, le plus habituellement, il n'en est pas ainsi, et les deux contractions diffèrent de caractère. Ces différences peuvent porter sur le début, la terminaison, la durée, la hauteur et enfin la forme de la contraction, et dans ces conditions on peut rencontrer toutes les variétés imaginables.

Le *début* des deux contractions est en général simultané, comme on peut s'en assurer en prenant les tracés sur des cylindres animés d'une vitesse rapide. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il peut arriver que la contraction du muscle antagoniste retarde plus ou moins sur celle de l'autre muscle. Dans ce dernier cas, on pourrait se demander si la contraction du muscle antagoniste n'est pas de nature réflexe et produite par le tiraillement exercé sur son tendon par la contraction du premier muscle. La chose me paraît peu probable, car, dans la plupart des cas, la contraction des deux muscles est évidemment simultanée, comme je l'ai indiqué plus haut.

La même simultanéité peut exister pour la *terminaison* des deux contractions; mais cette simultanéité n'est pas la règle et habituellement, au contraire, l'un des deux finit avant l'autre. Il faut remarquer aussi, et le fait est bien visible sur les tracés, que, si le moment exact du début d'une contraction est facile à saisir, il n'en est pas de même de la fin de cette contraction. Le muscle met en effet beaucoup plus de temps pour passer de l'état de contraction à l'état de relâchement que pour passer de l'état de relâchement à l'état d'activité.

A ces différences dans le début et la terminaison des deux contractions correspondent des différences dans leur *durée*. L'une peut être très longue et l'autre très brève; l'une peut être continue et comme tétaniforme, tandis que l'autre peut se composer d'une série de secousses entrecoupées par des intervalles de repos.

La *hauteur* de la courbe musculaire mesure, comme on sait, l'intensité du raccourcissement. Ordinairement, comme on le voit dans les tracés, les périodes d'ascension se correspondent dans les deux courbes, mais il n'en est pas toujours ainsi et les périodes d'ascension de l'une peuvent fort bien coïncider avec les périodes de descente de l'autre, comme on peut le voir dans la figure 2, qui représente les contractions du fléchisseur du tarse (ligne 1) et du gastro-cnémien



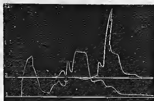
(ligne 2) sous l'influence de percussions intermittentes de l'estomac (indiquée sur la ligne inférieure).

Les différences de durée et de hauteur amènent des variations corrélatives dans la *forme* des deux contractions. Quand on excite le nerf d'un membre, le nerf sciatique par exemple, et qu'on enregistre les contractions des deux muscles antagonistes, on voit que, sauf dans quelques cas spéciaux, les contractions *névro-directes* des deux muscles sont identiques comme forme; si, au contraire, on examine les contractions *réflexes* de ces deux muscles, on s'aperçoit de suite que cette forme n'est plus la même. Les différences sont parfois assez peu marquées, mais, en général, elles sont assez accentuées et il n'y a qu'à jeter les yeux sur les figures pour s'en assurer. L'identité de forme des contractions *névro-directes* dé-

montre que la différence de forme des contractions *réflexes* est de nature centrale et que la cause doit en être cherchée dans la moelle et l'encéphale.

2° *Un des deux muscles se contracte seul, le muscle antagoniste se relâche et s'allonge.*

Cet allongement réflexe du muscle antagoniste rentre évidemment dans la catégorie des *phénomènes d'arrêt* que j'ai étudiés antérieurement. On en voit un exemple dans la figure 3



qui représente les contractions réflexes du fléchisseur du tarse (ligne 1) et du gastro-cnémien (ligne 2) sous l'influence de frottements répétés de l'estomac. On y voit sur la ligne 2 une inflexion de la courbe au-dessous de la ligne de début de la contraction; cette inflexion, qui indique un allongement du muscle, ne se rencontre pas sur la courbe de la contraction du fléchisseur (ligne 1). Quelquefois cet allongement réflexe est à peine sensible; d'autres fois, il est plus prononcé, sans qu'il soit possible jusqu'ici de rattacher ces différences à des conditions déterminées. Il n'est pas possible non plus de dire pourquoi ces relâchements réflexes se présentent dans certains cas et manquent dans d'autres, et on retrouve là ces variations encore inexplicables dont j'ai déjà parlé dans mon travail sur les phénomènes d'arrêt. Ce qu'il y a de positif, c'est que ces allongements réflexes se montrent avec toutes les catégories d'excitation. Ils peuvent, du reste, exister d'emblée ou être précédés d'une contraction, comme on le voit dans la figure 3.

Je n'ai rien à dire de particulier sur le troisième cas, celui dans lequel un seul des deux muscles se contracte tandis que le muscle antagoniste reste immobile.

Quand, au lieu de déterminer des contractions réflexes par des excitations appropriées, on abandonne l'animal à lui-même, sans l'exciter en aucune façon, il se produit, au bout d'un certain temps, des contractions qu'on peut appeler *spontanées*, quoique le terme ne soit pas tout à fait juste; mais j'entends simplement par là l'absence d'excitations déterminées de la part de l'expérimentateur, car le fait seul d'être attaché sur la planchette d'opérations ou sur le myographe constitue, en réalité, une excitation ou plutôt une série d'excitations. Quoi qu'il en soit, dans ces conditions, les contractions qui se produisent dans les muscles antagonistes présentent absolument les mêmes caractères que ceux qui viennent d'être étudiés, et on y observe les mêmes phénomènes de contractions simultanées et de relâchement réflexe des muscles antagonistes.

En est-il de même dans les contractions volontaires? La chose me paraît évidente; cependant la démonstration rigoureuse en est presque impossible, à cause de la difficulté qu'on éprouve pour savoir, chez les animaux, si l'on a réellement affaire à des contractions volontaires; cette difficulté résulte naturellement des conditions expérimentales dans lesquelles on est forcé de placer l'animal pour enregistrer les contractions de ces muscles.

Chez les grenouilles, l'ablation totale ou partielle de l'encéphale ne paraît pas modifier les phénomènes. Chez les mammifères, au contraire, elle m'a semblé exercer sur eux une certaine influence. Dans ces conditions, la simultanéité des contractions des muscles antagonistes s'observe moins fréquemment, et il y a une plus grande irrégularité dans les phénomènes. Cependant, je ferais quelques réserves sur ce point, mes expériences n'étant pas encore assez nombreuses et assez concluantes.

En résumé, les expériences que je viens d'exposer confirment, dans leur traits généraux, les vues anciennes de Winslow, reprises et développées depuis par Duchenne (de Boulogne), et leur donnent la sanction qui leur manquait jusqu'ici. Les muscles antagonistes ne sont donc pas, comme on l'admet généralement, les uns actifs, les autres passifs dans un moment donné; mais, au contraire, ils interviennent tous directement dans ce mouvement, et *le mouvement total n'est que la résultante des actions qui se passent au même moment dans les muscles antagonistes.*

L'innervation centrale, excitation ou arrêt, se distribue donc à la fois dans les muscles opposés, les fléchisseurs et les extenseurs, je suppose, pour prendre un exemple, et il y a une véritable synergie ou, comme dit Duchenne, une harmonie des antagonistes. Ainsi la *flexion* pourra se produire dans les deux conditions suivantes :

Ou bien il y a contraction simultanée des fléchisseurs et des extenseurs; seulement la contraction des fléchisseurs est prédominante et celle des extenseurs ne fait que modérer la durée, l'étendue ou la rapidité du mouvement de flexion. C'est ce qui a lieu surtout dans les mouvements qui exigent une grande précision.

Ou bien il y a à la fois contraction des fléchisseurs et relâchement des extenseurs, et ce relâchement, qui annule toute résistance de l'antagoniste, permet au mouvement de flexion d'acquérir instantanément toute son amplitude et son maximum de rapidité, mais ce sera évidemment aux dépens de la précision même du mouvement.

Ces faits trouveront, je pense, leur application dans un grand nombre de cas pathologiques. Duchenne (de Boulogne) avait déjà du reste insisté sur ce point. C'est ainsi qu'il rattache à l'absence de la contraction synergique des muscles modérateurs ou antagonistes, les troubles musculaires de l'ataxie locomotrice progressive. Aussi je ne saurais trop engager les cliniciens à étudier, à ce point de vue nouveau, la physiologie pathologique des mouvements; ils trouveront certainement dans ces phénomènes l'explication d'un grand nombre de faits qui échappent jusqu'ici à toute interprétation rationnelle. Je me contenterai pour le moment d'en citer un seul exemple.

Dans les paralysies complètes du facial, quand on dit au malade de fermer la paupière, on observe souvent un certain rétrécissement de la fente palpébrale, et on voit la paupière recouvrir en partie la sclérotique. Hasse a donné de ce fait l'explication suivante. Pour lui, le lagophthalme coexistant avec la paralysie du facial, résulte, non seulement d'une paralysie de l'orbiculaire des paupières, mais en même temps du raccourcissement antagoniste du releveur de la paupière supérieure; quand le malade veut fermer la paupière, la contraction voulue de l'orbiculaire ne se produit pas, *mais le releveur se relâche*, et la paupière supérieure, suivant les lois de la pesan-

tenr, s'abaisse. Voici ce que dans son traité des maladies nerveuses (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 1878, t. II, p. 111), A. Eulenburg dit de cette théorie de Hasse: *Quelque plausible que soit cette explication*, elle me paraît en contradiction avec les recherches physiologiques, car, d'après ce que nous savons, la volonté peut produire directement des contractions, *mais pas de relâchements musculaires*. A. Eulenburg pourrait aujourd'hui accepter sans crainte cette explication qui lui paraît si plausible, car elle n'a plus rien d'antiphysiologique, depuis que j'ai démontré l'existence de ces relâchements musculaires dans les contractions réflexes et spontanées.

Je dois dire, du reste, puisque le nom d'Eulenburg est venu sous ma plume, que cet auteur a vu très nettement cette synergie des antagonistes, et que son nom pourrait être placé à côté de ceux de Winslow et de Duchenne (de Boulogne). Il a vu aussi toute l'importance que ces notions peuvent avoir pour l'interprétation des faits pathologiques, et il est bien excusable d'avoir méconnu les relâchements musculaires et les phénomènes d'arrêt dont l'étude était à peine ébauchée à l'époque où il écrivait.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Cancer du sein opéré. — Récidive dans le frontal. — Généralisation viscérale, par M. Picqué.

La nommée Féron (Appolline), 54 ans, ménagère, entre le 26 novembre dans le service de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 7.

Il y a trois ans, cette malade a été opérée par M. Richet d'un squirrhe de la mamelle, hien nettement démontré par l'examen histologique. La tumeur n'a pas récidivé.

Il y a un an environ, il se produisit à la racine du nez une tuméfaction grosse comme une petite noix, dont le développement se fit lentement et s'accompagna de quelques douleurs et de phénomènes cérébraux caractérisés, au dire des parents de la malade, par une perte notable de la mémoire et par une sensation particulière de tristesse. Cette tuméfaction augmenta progressivement, mais lentement, de volume; lors de l'entrée à l'hôpital, elle se présente sous la forme d'une tumeur pyramidale à sommet nasal et remontant jusqu'à la partie moyenne du frontal, en même temps qu'elle soulève l'extrémité interne du sourcil. A son niveau, la peau est intacte et non adhérente; sa surface est unie.

Les phénomènes cérébraux sont nettement accusés; la malade est triste et refuse de manger. Elle ne parle que rarement; les mots qu'elle prononce sont souvent incohérents et elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Mais il n'y a pas d'aphasie proprement dite: l'urine et les matières fécales sont rendues involontairement. Les troubles cérébraux font chaque jour des progrès.

La malade ne tarde pas à tomber dans un marasme profond et succombe un mois après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin par M. le professeur Cornil, qui a hien voulu nous communiquer les renseignements suivants:

En décollant le péricrâne, on voit au-dessus de l'arcade sourcilière et des deux côtés une saillie qui occupe toute la partie centrale du front et formée par un tissu grisâtre vascularisé, qui fait corps d'une part avec le péricrâne; d'autre part avec l'os dans lequel ce tissu s'est développé. Aussi, en décollant le péricrâne, a-t-on enlevé par places des fragments qui étaient primitivement sous-périostiques. Le frontal, envahi dans une étendue transversale de 7 centimètres environ, présente à sa surface une saillie un peu bombée, molle, grisâtre, qui a détruit par places et complètement la table externe de l'os, de telle sorte que la partie médiane de ce dernier est complètement perforée. La dure-mère est enlevée à ce niveau et on constate alors au-dessous d'elle une grosse tumeur qui adhère à l'os et fait corps avec lui; cette tumeur est située sur la ligne médiane, en arrière du frontal. Elle est un peu plus volumineuse à gauche qu'à droite; elle se trouve incluse entre les extrémités antérieures des lobes frontaux et en rapport avec la première circonvolution frontale des deux côtés: c'est surtout le lobe frontal gauche qui se trouve comprimé par la tumeur de la grosseur d'un petit œuf. Cette tumeur est aplatie à la face antérieure par la dure-mère. A la face postérieure, elle est hourgeonnante, irrégulière. Elle adhère par sa base à l'etmoïde; elle fait corps avec le plancher de la boite crânienne à la région antérieure.

Toutes les circonvolutions sont aplaties. Le lobe gauche est creusé à sa partie antérieure; cette partie est ramollie; le tissu de la première et de la deuxième frontale à leur extrémité antérieure est ramolli, blanchâtre, avec des pictés hémorrhagiques. Rien dans la zone motrice de la frontale ascendante ni dans le lobule paracentral.

Péritoine. — Rien à noter.

Région thoracique. — En décollant la peau au niveau de la région du sein opéré, on constate qu'il n'y a pas de néoformation sur la cicatrice; mais les ganglions de l'aisselle présentent une dégénérescence cancéreuse très manifeste; l'une d'elles, de la grosseur d'une petite noix, donne par le râclage du suc cancéreux.

Dans le cinquième espace intercostal, il y a, entre les cartilages costaux qui viennent s'insérer au sternum, un petit noyau saillant, bourgeonnant, aplati, de couleur gris rosé; le noyau cancéreux proémine aussi du côté de la face interne du sternum et de l'espace intercostal, sous forme de mamelon grisâtre. Pas d'épanchement dans la plèvre.

Le bord postérieur du poumon et surtout le lobe inférieur présente des indurations dans presque sa totalité.

Il existe en particulier une induration complète de tout le lobe inférieur du côté gauche, qui montre sur une coupe une masse grise entourée par du tissu pulmonaire atélectasié par compression. A la partie inférieure du poumon, on note à la surface de la plèvre un marron aplati, saillant à la surface. Le lobe supérieur adhère à la colonne vertébrale par un tissu cancéreux. Le poumon droit présente dans son lobe moyen une tumeur cancéreuse de la grosseur d'une noisette, une atélectasie de ce lobe, de la fibrine récente et des pseudo-membranes superficielles.

Sur une surface de section du lobe supérieur, on voit des îlots gris rosés, qui ressemblent à de la pneumonie, mais qui résultent vraisemblablement de l'infiltration cancéreuse.

Le lobe inférieur est dur surtout dans sa partie inférieure; il montre des îlots gris rosés avec des grains blanchâtres complètement hépatisés.

Les autres lésions sont les mêmes que du côté opposé.

Péricarde. — Il contient environ 50 grammes de sérosité.

Foie. — A la surface du foie, on voit des taches jaunes, anémiques, dues à la dégénérescence graisseuse.

Côtés. — Il n'existe pas de nodules cancéreux, mais le tissu sous-pleural, au niveau des vertèbres dorsales, présente à gauche une masse cancéreuse qui ne paraît pas pénétrer dans l'intérieur des os.

Luxation du pouce en arrière et en dehors. — Réduction immédiate, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Le 11 juillet 1883, un des ouvriers de la mine de Commentry, B... (Alexis), âgé de 62 ans, était occupé à la manœuvre des wagons; il calait avec une barre de fer les roues d'un wagonnet qui faisait partie d'un train chargé de charbon, lorsqu'un morceau de bois vint tomber sur la face dorsale du premier métacarpien de la main gauche, la harre de fer se trouvant fortement saisie

entre les faces palmaires du pouce, d'une part, et des quatre autres doigts, d'autre part. Une luxation s'était produite. Le patient me fut amené immédiatement. Cinq minutes à peine s'étaient écoulées depuis l'accident. L'extrémité inférieure de la première phalange du pouce faisait saillie en arrière et un peu en dehors. Le pouce était fortement fléchi sur le métacarpe. La réduction fut facile. Je repoussai avec mes deux pouces l'extrémité saillante de la phalange luxée, tandis qu'avec le bord radial de mes deux index fléchis, je refoulais le métacarpe en arrière. L'extrémité de mes autres doigts me servait à redresser la phalange luxée, en s'appuyant sur la face palmaire du pouce. Les surfaces articulaires revinrent à leur place sans grands efforts. Je fis un pansement contentif à l'aide d'une bande roulée et, quelques jours après, B... reprenait son travail.

Il survint cependant peu de temps après une inflammation du bord interne du pouce au niveau de la deuxième phalange, puis un abcès qui s'ouvrit spontanément, laissant une cicatrice linéaire d'environ 2 centimètres de long. Les mouvements ne furent pas gênés.

B... est mort d'une pneumonie infectieuse grave le 31 décembre 1883.

J'avais déjà soigné cet homme en décembre 1872 pour une pneumonie qui avait mis sa vie en grand danger.

Réflexions. — En raison de la difficulté de réduction que présentent presque toujours les luxations du pouce, j'ai cru devoir signaler ce fait, dans lequel la réduction a été si prompte et relativement si aisée que je n'ai pour ainsi dire pas eu le temps d'examiner la situation relative de la tête du métacarpien et du tendon du long fléchisseur.

Cette facilité dans la réduction doit-elle être simplement attribuée au peu de temps qui s'était écoulé (cinq à dix minutes) entre le moment de l'accident et le moment où le patient m'a été présenté? Cela est fort probable.

Quoi qu'il en soit, après que j'eus mis un petit bandage contentif, Alexis B... reprit bientôt son travail et je ne l'ai revu qu'à l'occasion de la maladie qui, quelques mois après, l'a emporté. La cicatrice linéaire que j'ai constatée alors sur le bord interne du pouce est un fait assez exceptionnel dans les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce, bien qu'assez fréquente dans les luxations de la phalangette sur la phalange. Mais dans mon observation, la cicatrice paraît, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, avoir eu pour origine la simple ouverture spontanée d'un petit abcès consécutif à la luxation et non la déchirure immédiate des téguments par le fait du déplacement des os et des tendons. Car, au moment même où la luxation a été réduite, on n'apercevait aucune lésion cutanée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. Un cas d'acné varioliforme généralisé avec terminaison fatale, par Grunewald (1). — II. Un cas d'exanthème rare (acné cachectique?) survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde, par le docteur Alexandre (2). — III. Sur la mélanose lenticulaire progressive, par le professeur Pick (3). — IV. Lèpre du larynx, par le professeur R. Virchow (4).

I. Un homme de 66 ans, employé à la fabrication des cigares, très anémique, avait la plus grande partie du corps couverte de boutons offrant les caractères suivants: leur grosseur variait depuis celle d'une épingle à cheveux à celle d'un pois; leur consistance était dure, leur coloration d'un rouge pâle ou bleuâtre. Par moments, ces boutons étaient le siège de vives démangeaisons. Leur sommet était recouvert d'une croûte mince, qu'arrachait le malade en se grattant; on voyait alors sourdre à la surface, une gouttelette de sérosité lonche. Un certain nombre d'efflorescences, en voie de régression, avaient des dimensions et une consistance moindres; elles étaient plus pâles, sans dépôt crustacé à leur sommet, et ne renfermaient plus de sérosité. Sur la face antérieure du tronc, ces boutons étaient tellement confluents qu'on ne découvrait plus le moindre flot de peau saine; sur les membres supérieurs, les boutons étaient moins serrés, et ils n'existaient qu'en petit nombre sur le dos et les membres inférieurs. L'urine renfermait des cylindres hyalins en petit nombre et un peu d'albumine; cette albuminurie fut très passagère.

Dans la suite, le nombre des boutons augmenta peu à peu sur le dos; la nuque et la face furent envahies par l'éruption. L'état cachectique alla en s'accentuant, et le malade succomba dans le coma, environ un an après le début de l'exanthème. On avait traité le malade par l'arsenic, et, de temps à autre, on lui avait fait prendre un peu de mercure, quoiqu'il n'y eut aucune raison d'attribuer à sa maladie une origine syphilitique.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion organique saillante; c'est tout au plus si le tissu interstitiel des glandes rénales avait légèrement proliféré. L'examen microscopique des nodosités cutanées fit reconnaître une prolifération du corps papillaire et des cellules de l'épiderme: chaque nodosité était constituée par une trame aréolaire, formée par les cellules cylindriques, pigmentées, de l'épiderme; les mailles de cette trame étaient comblées par les corps papillaires. A un stade plus avancé, ceux-ci étaient remplacés par des éléments de transition, en voie de subir la transformation épithéliale. Dans les intervalles des boutons, où la peau était saine en apparence, l'examen histologique dévoilait également des altérations très nettes; par places, la limite entre les corps papillaires et la couche d'épithélium était rectiligne; en d'autres endroits, les bourgeons qui constituent les corps papillaires avaient fortement proliféré dans le sens de la largeur ou dans celui de l'épaisseur; ils étaient infiltrés dans toute leur masse par des cellules arrondies. Les parties situées immédiatement dans le voisinage des follicules pileux ne paraissaient pas altérées, preuve suffisante qu'il ne s'agissait pas d'un acné dans le sens vulgaire du mot; il semble que l'observation publiée par M. Grunewald se rapporte bien plutôt à une dermatose *sui generis*.

II. Un jeune homme de 20 ans, de constitution robuste, était en traitement pour une fièvre typhoïde; afin d'arrêter les progrès d'une ulcération de décubitus au siège, le malade fut mis dans un bain chaud permanent. Le lendemain, son état s'était amélioré; le surlendemain, le dos du malade était couvert d'une grande quantité de nodosités, dont le nombre alla en augmentant; leurs dimensions variaient de celles d'un pois

(1) Monatsschrift für prakt. Dermatologie, 1885, no 3.

(2) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, 1884, p. 115, et Centralblatt für die medic. Wissensch., 1885, no 3.

(3) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, T. XI, p. 3, et Centralblatt für Chirurgie, 1885, no 17.

(4) Deutsche medic. Wochenschrift, 1885, no 8.

à celles d'une pièce de cinquante centimes ; elles avaient une teinte un peu particulière, d'un rouge brunâtre. Une suppuration ne tarda pas à se faire à leur centre ; néanmoins, les nodosités persistaient, en conservant leur teinte et leur consistance, et on en découvrait encore un très grand nombre au moment où le malade, guéri de sa fièvre typhoïde, quitta l'hôpital.

M. Alexander, l'auteur de cette observation, est d'avis que l'exanthème présenté par son malade se rattache à l'acné cachectique. M. Lewinski, après avoir rendu compte du fait, ajoute qu'il a rencontré plusieurs exemples de ce genre d'exanthème, avec cette différence que le nombre des nodosités était moins considérable.

III. M. Pick relate trois cas de cette affection cutanée rare, qu'on a décrite sous les noms de *liodermie essentielle*, de *scleroderma pigmentosum*. Par l'ensemble des symptômes, le développement et la disposition des taches pigmentaires, de téliangiectasies, de plaques d'atrophie, d'excroissances et de tumeurs, ces trois cas présentaient la plus grande ressemblance avec ceux de liodermie publiés antérieurement ; autre trait commun, ces trois cas concernent des consanguins.

L'examen histologique de fragments de peau excisés a fait voir qu'en dehors de sa pigmentation pathologique, l'épithélium avait une structure à peu près normale. Les principales altérations avaient pour siège le chorion : vascularisation très riche, avec infiltration cellulaire dans le voisinage des vaisseaux. Les tumeurs cutanées réalisaient les caractères du sarcome mélanotique.

M. Pick pense que, dans les cas de mélanose lenticulaire ou liodermie essentielle, le pronostic n'est pas absolument défavorable, et il en cite comme preuve l'âge avancé de quelques-uns des malades dont les observations ont été publiées jusqu'ici. Il compte sur la médication arsenicale pour imprimer une modification salutaire aux productions sarcomateuses qui prennent naissance dans le cours de la mélanose lenticulaire progressive.

Quatre planches annexées au travail de M. Pick permettent au lecteur de se faire une idée aussi nette que possible des caractères de cette dermatose.

IV. Le professeur Virchow a présenté à la Société de médecine interne de Berlin (séance du 11 février) le larynx d'une femme lépreuse qui avait succombé à une broncho-pneumonie. Depuis l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales supérieures, le conduit laryngé présentait, à première vue, l'aspect qu'on lui trouve dans les cas d'œdème de la glotte : tuméfaction considérable de la muqueuse, qui était mamelonnée à sa surface et en voie de s'ulcérer. Cet état pathologique dépassait supérieurement les limites de l'épiglotte, pour empiéter sur le pharynx et le voile du palais. En certains points, il s'était formé des nodosités analogues à celles qu'on découvre sur la peau des lépreux. Parmi les lésions connues du larynx, ce sont celles que fait naître la syphilis qui offrent le plus de ressemblance avec les altérations constatées sur ce larynx. Sauf le cancer, les autres affections ulcéreuses du larynx ne donnent guère lieu à une tuméfaction et à des néoformations aussi exubérantes.

En fait d'autres lésions profondes, constatées à l'autopsie de cette femme, nous mentionnerons une tuméfaction ganglioforme du nerf cubital.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. *Contribution à l'étiologie de la pelade (alopecia areata)*, par le docteur SEHLEN (VIRCHOW'S ARCHIV, t. IC, fasc. 2, p. 327, 1885).

II. *Etiologie et pathologie de la lèpre*, par le docteur ARMAUER HANSEN (VIERTELJARESSCHRIFT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS, fasc. 4, 1884).

III. *Sur l'herpès tonsurant et la teigne faveuse*, par le docteur G. BEHREND (IBIDEM).

IV. *Contributions à la dermatologie. Résultats anatomo-pathologiques*, par le docteur A. WEIL (ALLGEMEINE WIENER MEDIZ. ZEITUNG, nos 9 et 14, 1884).

V. *Contribution à l'étude des dermatoses du gland*, par le même (DEUT. MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1885, no 8).

VI. *Une épidémie de famille, de pemphigus idiopathique*, par le docteur PULVERMACHER (MONATSSCHRIFT FÜR PRAKT. DERMATOLOGIE, 1885, no 2).

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE, DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Tome second (avec 258 figures dans le texte). Paris, 1885. — Octave Doin, éditeur.

Cet important ouvrage, publié par M. Dujardin-Beaumetz, avec la collaboration de MM. Bardet, Debierre, Egasse, Hetet, Jaillet, Macquarie, comprendra quatre volumes in-4o, d'un millier de pages chacun, avec nombreuses figures dans le texte. Le second volume a paru il y a quelques semaines. Les deux derniers suivront à quelques mois d'intervalle. Ce sera là un avantage considérable. Les auteurs du « Dictionnaire de thérapeutique » auront évité le reproche grave qu'encourent d'autres publications du même genre, de mettre un quart de siècle, et plus, à paraître en totalité, et ils auront réussi néanmoins à condenser dans ces quatre volumes les principales notions concernant la thérapeutique, la matière médicale, la toxicologie et les eaux minérales, qu'on trouve éparses dans les deux vastes Dictionnaires de médecine en cours de publication depuis de longues années. Une œuvre de ce genre, exécutée avec une si grande rapidité, devait être forcément une œuvre de compilation, ne visant que l'utilité du lecteur, et ce but nous paraît devoir être parfaitement atteint. D'abord l'ordre alphabétique du dictionnaire, inconciliable avec une étude didactique assujettie avant tout aux exigences des classifications, facilite les recherches que le lecteur désire faire sur un sujet déterminé. D'autre part, les différents paragraphes de l'ouvrage constituent autant d'exposés clairs et méthodiques des notions acquises sur les diverses substances médicamenteuses ou toxiques, des renseignements qui se rapportent à une station thermale ; aucune des acquisitions récentes de la thérapeutique n'a été oubliée. L'étendue des divers paragraphes a été bien proportionnée à l'importance des questions traitées, et pour les principaux agents de la thérapeutique, comme pour les stations thermales les plus connues de France et de l'étranger, on trouve dans le Dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz de véritables monographies en miniature. Bref les médecins trouveront dans ce compendium, des notions précises sur toutes

les questions qui peuvent intéresser le thérapeutiste et le médecin légiste.

TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE OU PHARMACOTHÉRAPIE PHYSIOLOGIQUE ET TECHNIQUE DES AGENTS MÉDICAMENTEUX, par J.-B. FONSSAGRIVES, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de Montpellier. Un volume in-8° de 1200 pages (avec 241 figures dans le texte). — Paris, 1885, Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

Le *Traité de matière médicale* de feu le professeur Fonssagrives, paru, il y a quelques semaines, clôt une série de publications qui, dans leur ensemble, constituent une sorte d'encyclopédie thérapeutique, laquelle comprend, outre l'ouvrage dernier en date : un *Traité de thérapeutique appliquée basée sur les indications*, un *Traité des principes de thérapeutique générale*, un *Formulaire thérapeutique à l'usage des praticiens*, enfin un traité de *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire basée sur les indications*. Ces différentes publications ont obtenu un succès légitime, et il y a tout lieu de croire que le même sort est réservé au nouveau « Traité de matière médicale ». Dans la pensée de l'auteur, cet ouvrage était le complément indispensable du « Traité de thérapeutique appliquée », qu'il aurait même dû précéder, suivant l'ordre logique des choses. Dans sa préface, Fonssagrives s'est plu à reconnaître qu'il eût été plus naturel de faire l'histoire abstraite des médicaments avant d'étudier leurs applications. Mais le reproche d'avoir suivi l'ordre inverse n'a plus raison d'être, aujourd'hui que les deux ouvrages destinés à se compléter mutuellement existent. Quant à ce que disait Fonssagrives, de l'impossibilité de réunir dans un même plan méthodique la matière médicale et la thérapeutique appliquée, l'une réclamant une étude analytique, tandis que l'autre est réduite à procéder par voie de synthèse, cela nous paraît sans réplique, pour qui songe aux indications si multiples que comporte bien souvent le traitement d'une maladie déterminée et aux applications thérapeutiques non moins variables auxquelles se prête un même médicament.

Le traité de matière médicale de Fonssagrives est divisé en quatre parties, dont voici les titres : 1° « Pharmacologie dynamique » ; 2° « Pharmacologie minérale » ; 3° « Pharmacologie végétale » ; 4° « Pharmacologie zoologique ». L'ordre adopté par l'auteur, pour l'étude des agents qui ressortissent aux trois derniers groupes, s'imposait pour ainsi dire ; il comprend la description du médicament, ou sa pharmacologie ; l'étude de ses actions physiologiques, c'est-à-dire du mode suivant lequel il réactionne l'économie ; sa *technique*, c'est-à-dire l'indication des formes et des doses suivant lesquelles chaque médicament est administré ; enfin, l'indication « sans discussion aucune de ses attributions thérapeutiques, groupées méthodiquement autour des éléments de son action physiologique ou curative». C'est, en somme, pour nous servir des expressions de l'auteur, un inventaire raisonné des ressources dont dispose la matière médicale. Nous ajouterons que partout la concision s'allie à l'exactitude, et que la lecture de ces paragraphes substantiels est rendue attrayante par cette clarté et cette élégance de style, qui distinguent au plus haut degré les écrits de Fonssagrives.

La première partie, la pharmacologie dynamique, mérite une mention spéciale. L'étude des forces considérées comme agents médicamenteux, fait observer Fonssagrives, devait naturellement trouver sa place dans un traité de matière médicale, surtout à une époque où les merveilleux progrès de la physique étendent chaque jour le champ de l'action curative de ces agents. Donc, après avoir fait ressortir combien est à la fois féconde et brillante cette notion moderne de la philosophie des sciences, qui proclame la corrélation des forces physiques ou plutôt leur identification en une force unique, le mouvement, l'auteur étudie successivement, en tant qu'agents pharmacologiques, le mouvement et le repos, la chaleur, la lumière, l'électricité, le magnétisme, enfin « ces forces encore inconnues dans leur nature, contestées même dans leur réalité et qui traduisent leur action sur le système nerveux par les phénomènes du magnétisme ou *mesmerisme* et du *braidisme* ». A l'étude de ces questions, pour la plupart arides, Fonssagrives a consacré des pages vraiment attrayantes. L'érudition et la science s'y trouvent relevées par un esprit philosophique qui séduit le lecteur, et quand on s'est pénétré de tout ce que Fonssagrives dit de l'influence des voyages, de l'équitation, des mouvements de toutes sortes, du repos, de la musique, etc., sur l'état de santé et de maladie, en même temps que charmé, on est convaincu de la vérité de cet aphorisme trop méconnu à notre époque et que Fonssagrives avait formulé en ces termes : *Renfermer la thérapeutique dans un flacon étiqueté, c'est lui couper une aile, et la meilleure.*

E. R.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par A. NÉLATON. — 2° édition, t. VI, 2° fascicule. — F. Alcan, éditeur, Paris, 1885.

Ce fascicule termine la deuxième édition du Traité de Nélaton et comprend les affections des organes génito-urinaires de la femme et des membres. Sollicités par les éditeurs, MM. Desprès, Gillette et Heurteloup ont tenu à honneur de participer à l'œuvre déjà commencée par Jamain et Péan et de mettre au courant de la science, tout en conservant leur aspect, les deux derniers volumes de l'ouvrage si important de leur maître.

Imbus de ses idées et de sa pratique, ils se sont acquittés de leur tâche avec le plus grand bonheur, et nous devons les remercier d'avoir facilité la publication de cette deuxième édition.

MANUEL PRATIQUE DE MÉDECINE MILITAIRE, par M. AUDET, médecin-major à Saint-Cyr. — Paris, Octave Doin, 1885.

Depuis la loi du 16 mars 1882, qui a donné au Corps de santé l'autonomie qu'il réclamait depuis si longtemps, il est devenu indispensable au médecin de posséder, outre son savoir professionnel, une connaissance générale de l'organisation si complexe du Corps de santé et de ses rapports avec le commandement. Déjà notre ancien collègue et ami, M. Petit, a publié un excellent manuel dont nous avons rendu compte dans ce journal. Aujourd'hui, M. Audet publie à son tour un ouvrage qui pourra utilement compléter le précédent.

Nous devons remercier nos confrères de l'armée de l'empressement qu'ils mettent à nous faire connaître les rouages si compliqués de l'administration et à nous faciliter les fonctions que nous aurons à remplir en cas de mobilisation.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE, par F. TERRIER, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux. — F. Alcan, éditeur, Paris, 1885.

Grâce à l'impulsion féconde de M. le professeur Verneuil, la pathologie générale a fait depuis quelques années de sérieux

progrès. Toutes les maladies générales (diathèses, intoxications, maladies chroniques et aiguës) ont été étudiées avec le plus grand soin par lui ou ses élèves, et l'on peut dire que, malgré l'opposition qui n'a pas manqué de se produire contre ces idées, ces études ont produit les résultats les plus fructueux.

C'est tout un chapitre nouveau et vaste de pathologie générale, ébauché à peine à l'étranger, mais dont l'honneur revient à M. Verneuil et à son école; on pourrait l'intituler à juste titre : « Indications et contre-indications opératoires tirées de l'étude du blessé. »

Pour suivre ce mouvement, il fallait, on le comprend, remonter jusqu'aux sources, compulser les monographies et les recueils périodiques, car, à part le deuxième volume des Mémoires de M. Verneuil, aucun travail didactique n'existait sur ces questions. M. Terrier a eu l'excellente idée de publier les Leçons qu'il a professées à la Faculté en 1879 et qui résument fidèlement les opinions du chirurgien de la Pitié. Ce premier fascicule contient l'étude du traumatisme dans ses rapports avec les maladies générales, les plaies et leurs complications, enfin l'étude très soignée des pansements actuels.

Nous devons féliciter l'auteur de son heureuse initiative et du soin qu'il a mis à la rédaction de ce premier fascicule. Nous ne saurions trop l'engager à hâter la publication du dernier fascicule, qui doit compléter cet ouvrage dont nous conseillons vivement la lecture au public.

Picqué.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra en Espagne. — Le choléra continue ses ravages en Espagne. Les derniers renseignements portent qu'à la date du 16 juillet on a signalé :

	Cas.	Décès.
A Madrid	7	8
A Aranjuez	4	7
Dans la province de Saragosse	201	72
» de Castellon	163	61
» de Murcie	170	83
» de Teruel	»	»
» de Valence	646	304
» de Cuença	78	33
» de Albacète	»	»
» d'Alicante	183	83
Total pour l'Espagne	1452	651

Détail intéressant : Une lettre de Valence, publiée par la presse, dit qu'un grand nombre de décès cholériques ne sont pas inscrits sur les registres civils.

Dans un seul jour, le nombre des attaques, dans la province de Valence, s'est élevé à mille, et le nombre des morts à 500.

Le fléau continue à se développer dans diverses provinces.

— Le ministre du commerce vient de déposer à la Chambre des députés une demande de crédit de 100,000 francs pour permettre de prendre des mesures de précaution contre l'épidémie cholérique qui sévit en Espagne.

Déjà deux postes de surveillance médicale viennent d'être installés aux gares de Cerbère et d'Hendaye. D'autres postes analogues vont être établis sur les principales routes qui font communiquer l'Espagne avec la France. Ces mesures vont être étendues aussi au littoral de l'Algérie, en raison des communications fréquentes de notre grande colonie africaine avec le royaume espagnol.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association ouvrira sa 14e session à Grenoble le 10 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine. La session comprendra des séances générales, des séances de sections et des excursions dont la liste sera donnée ultérieurement. Les travaux du congrès seront clos le 20 août et l'excursion finale aura lieu le 23 août.

Les membres de l'Association scientifique de France recevront, sur leur demande, une carte qui leur donnera le droit d'assister aux séances et de prendre part aux excursions dans les mêmes conditions que les membres de l'Association française. Ceux qui voudront profiter des réductions accordées par les Compagnies de chemin de fer devront en faire la demande avant le 10 juillet, terme de rigueur.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. E.-M. Gariel, secrétaire du conseil, 4, rue Antoine-Dubois, jusqu'au 8 août, et, passé cette date, au secrétariat du congrès de l'Association française, à Grenoble.

R. F. D.

NOUVELLES

Faculté des sciences de Paris. — M. Jamin, professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Milne-Edwards, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé doyen honoraire.

***

Ecole de médecine de Limoges. — M. Raymondaud (Jean-Baptiste-Gilbert), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

***

Nominations. — Par arêté ministériel, en date du 6 juillet 1885, sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Pennetier, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Tixier, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Perret, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; Grehant, Terreil, Costantin et Mocquard, aides-naturalistes au Muséum; Meurein, pharmacien, adjoint au maire de Lille.

Officiers d'Académie. — MM. Dudon et Demons, chargés des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Laguesse, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon; Moniez, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Bor, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Demange, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; Garnier, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy; Boudet, suppléant à l'Ecole de médecine de Limoges; Poirault, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers; Malherbe, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Durand, médecin de l'Ecole normale d'institutrices de Lyon; Rousseau, professeur d'hygiène à l'Ecole normale de Laon; Vigier, pharmacien à Paris.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 7 juillet, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Daga, médecin inspecteur, membre du comité consultatif de santé.

Au grade d'officier. — MM. Pallé, Mourlon, Aron, Arnould, médecins principaux de première classe ; Dupeyron, médecin principal de deuxième classe ; Schaeuffelé, pharmacien-major de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Nicol, Linon, Zaepffel, Grandjean, Charton, Rouflay, Pierrot, Caillet, Hintzy, Lardennois, Joly, médecins-majors de première classe; Petitpoisson, Jubiot, Perrin, médecins-majors de deuxième classe; David, pharmacien-major de première classe; Debraye, pharmacien-major de deuxième classe; M. le docteur Linarès, attaché à la mission militaire française au Maroc; M. le docteur Saucerotte, chirurgien adjoint à l'hospice de Lunéville; M. Lapeyre, médecin en chef à l'hôpital civil de Lodève.

— Par décret en date du 8 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur. — M. Mauger, médecin inspecteur, membre du conseil supérieur de la marine.

Au grade d'officier. — MM. Duburquois, médecin en chef de la marine ; Moisson, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Balbaud, Jeangeon, Carassan, Cauvy, Fouque, Antoine, Jenevin, Magnon-Pujo, Grall, Solland, Ludger, médecins de première classe de la marine ; Le Forestier de Quillien, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 10 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Henri Roger, président de l'Association générale des médecins de France.

Au grade d'officier. — M. le docteur Galezowski, à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gaston Humbert, chirurgien des hôpitaux de Paris; Delaporte, attaché à la préfecture de la Seine ; Morétin, à Paris ; Camille Miot, à Paris ; Tardieu, à Arles ; Saillard, chirurgien en chef des hôpitaux de Besançon ; Pleindoux, chirurgien en chef des hospices de Nimes ; Verdureau, membre du Conseil général du Loiret ; Dnquesnel, membre du Conseil général de la Somme.

— Par décret, en date du 11 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Gavarret, inspecteur général de l'instruction publique (ordre de la médecine).

Au grade de chevalier. — M. Jannetaz, aide-naturaliste au Muséum.

— Parmi ces nominations, celle de M. H. ROGER au grade de commandeur sera, croyons-nous, accueillie avec une satisfaction toute particulière. C'est la juste récompense des services rendus à notre corporation par l'homme de cœur qui, depuis tant d'années, se consacre avec un rare dévouement aux fonctions de secrétaire général de l'Association des médecins de France, après avoir acquis des titres scienifiques qui lui assignent une des premières places parmi les représentants de la pathologie infantile à notre époque.

* * *

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — *Question de prix pour l'année 1885.* — Le prix sera de 500 francs. Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1o le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières, pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement ; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

Question de prix pour l'année 1886. — Le prix sera de 500 fr. — Exposer dans des observations personnelles les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port, avant le 1er novembre 1885 pour la première question et avant le 1er novembre 1886 pour la deuxième question, an secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs ; ceux-ci pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents ne devront pas se faire connaître ; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

* * *

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi, à l'Ecole de médecine d'Alger.

La durée des fonctions sera de trois ans ; le traitement sera de 1,200 francs pour les internes de première classe et de 1,000 francs pour ceux de la deuxième classe.

Les candidats devront se faire inscrire, personnellement ou par écrit, au secrétariat de la direction de l'hôpital civil de Mustapha, au plus tard le 2 novembre 1885, avant quatre heures du soir.

— Un concours pour l'emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon s'ouvrira, dans cette ville, le mercredi 5 août.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, jusqu'au lundi 3 août, trois heures du soir.

* * *

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre vient d'informer les préfets que l'effectif des élèves en pharmacie du service de santé militaire étant suffisant pour répondre aux besoins du service, les étudiants de cette catégorie ne seront pas admis à concourir cette année.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

69. M. Lanteirès. Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit. — 70. M. Loisel. Du traitement des fièvres paludéennes à Sainte-Marie de Madagascar. — 71. M. Ahmed Fahmy. Contribution à l'étude du dragonneau observé chez les Nubiens des régiments nègres du Caire. — 72. M. Rouillard. Essai sur les amnésies principalement au point de vue étiologique. — 73. M. Lian. Des troubles de la nutrition dans la paralysie générale des aliénés. — 74. M. Charbin. Une septicémie expérimentale. 75. — M. Fortineau. Des impulsions au cours de la paralysie générale. 76. M. Voituriez. Considérations sur la durée de la grossesse dans ses rapports avec l'ovulation et la menstruation. — 77. M. Année. Thrombose de la veine-porte dans la cirrhose. — 78. M. Sciaky. De la cocaïne envisagée particulièrement en ophthalmologie. — 79. M. Laroche. Contribution à l'étude de la métrorrhagie symptomatique. — 80. M. Darrigarde. Du ptérigion et de son traitement. Méthode dite par enroulement. — 81. M. Cohen. De la gastrotomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — 82.

M. Duroselle. Du xanthélasma. — 83. M. Vazeille. Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose. — 84. M. Pérochaud. Recherches sur les tumeurs des glandes salivaires. — 85. M. Darier. De la broncho-pneumonie dans la diphthérie.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 5 au samedi 11 juillet 1885.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 5. — Rougeole 25. — Scarlatine 4. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 20 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 27. — Phthisie pulmonaire 168. — Autres tuberculoses 18 — Autres affections générales 63 — Malformation et débilité des âges extrêmes 41. — Bronchite aiguë 16 — Pneumonie 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 42. — au sein et mixte 25. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 69. — de l'appareil circulatoire 53. — de l'appareil respiratoire 49. — de l'appareil digestif 41 — de l'appareil génito-urinaire 17. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 842 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par J. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Tome II, 1 fort volume in-8 avec 264 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 fr. — Prix des tomes I-II : 30 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay. Tome III, fascicule 2 (Maladies des organes génitaux de l'homme). Un vol. in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par le docteur De Backer, de la Faculté de médecine de Paris. Brochure in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Les voyages en mer et les poitrinaires, par le docteur L. Thaon. Brochure in-8. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, librairie O. Berthier, éditeur, 104, boulev. St-Germain.

Recherches sur le microbe du choléra asiatique. — Rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur, le 3 novembre 1884, par le docteur E. Van Ermengem. Un volume in-8 de 375 pages, avec 12 planches phototypiques, reproduisant 24 micro-photographies originales. — A la librairie Georges Carré, 112, boulev. Saint-Germain, à Paris, et à l'imprimerie et librairie médicale de A. Manceaux, rue des Trois-Têtes, 12, à Bruxelles (Montagne de la Cour).

Notes et mémoires de chirurgie clinique, par le docteur Grynfeltt, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. In-8 avec planches. — Prix : 7 fr. — Paris, 1885, librairie Alex. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Leçon de M. le professeur GUYON, faite à l'hôpital Necker et recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux (1).

Le symptôme douleur a aussi une importance très grande. Bien que celle-ci se présente avec des modalités très diverses, elle a cependant des caractères analogues dans toutes les cystites. Quelquefois continue, elle apparaît surtout à certains temps de la miction : avant, pendant et après. Avant, le besoin, toujours impérieux, est souvent tellement douloureux que le malade, ne pouvant y résister, laisse échapper ses urines et qu'il y a ce qu'on a appelé une fausse incontinence. Pendant la miction, la souffrance diminue en général ; quelquefois même une sensation de soulagement, de bien-être, succède aux tourments du début ; mais il ne dure qu'un instant et la douleur reparaît plus violente que jamais au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine. Dans quelques cas très aigus, du sang, soit pur, soit mélangé de pus, est rendu en même temps ; c'est alors que quelques malades se tordent de douleur, poussent des cris, quelques-uns même ont des syncopes et s'évanouissent.

C'est donc surtout au commencement et à la fin que la miction est douloureuse. Dans des cas exceptionnels, les souffrances sont uniformes. Pendant toute la durée de la miction, il faut alors incriminer non pas le col vésical ni l'urètre, mais les qualités de l'urine elle-même, car c'est dans les cystites ammoniacales que se montre cette douleur, ou plutôt cette sensation de brûlure, d'eau bouillante passant par l'urètre, très différente de la douleur de la cystite aiguë.

A ces symptômes fournis par le malade viennent s'ajouter des symptômes objectifs qui permettent de préciser le diagnostic. Nous allons encore ici interroger la douleur. Est-ce en explorant la vessie par le cathétérisme ? D'une manière générale, n'employez pas la sonde quand il s'agit de cystite. Le cathétérisme est mal toléré ; la douleur qu'il provoque est violente et beaucoup trop intense pour qu'il puisse vous éclairer. D'autres moyens s'offrent à nous pour explorer la sensibilité vésicale ; c'est le palper hypogastrique et le toucher. Chez la femme, on peut, par le vagin, avoir sous le doigt toute la face inférieure de la vessie. Chez l'homme, le toucher rectal permet d'en explorer une grande partie. A ces manœuvres, il convient de joindre ordinairement le palper hypogastrique. La main, profitant des mouvements respiratoires, arrive facilement à impressionner la paroi vésicale. Sa sensibilité est très facilement éveillée de cette façon, et on peut reconnaître quelle est la région la plus sensible. Chose curieuse, la douleur se manifeste surtout au moment où la main se retire, bien plus vive que pendant le temps qu'a duré la pression.

Si, d'une façon générale, vous devez vous abstenir de sonder un malade atteint de cystite, dans d'autres cas, le cathétérisme sera autorisé et indiqué. Commencez toujours par employer un explorateur à boule, qui est le moins douloureux des instruments que vous pouvez introduire dans l'urètre. Les renseignements ainsi recueillis vous donneront la confirmation de ce que la clinique vous a appris, c'est que le col est la région la plus sensible ; que le corps, au contraire, même dans une cystite intense, est très peu douloureux. En retirant l'instrument, vous éprouvez les mêmes sensations qu'en l'introduisant et vous ramenez quelquefois des produits de sécrétion de l'urètre profond qui aideront votre diagnostic. Il faudra vous servir d'un explorateur métallique, quand vous voudrez connaître la dureté plus ou moins grande des parois vésicales ou vous renseigner sur la présence d'un calcul. Mais, pour cela, il vaudra toujours mieux, quand cela sera possible, attendre que les symptômes inflammatoires se soient apaisés.

La marche d'une cystite est essentiellement subordonnée à la cause qui l'a produite, et il est impossible de l'étudier sans tenir compte de la variété à laquelle elle appartient. Ainsi, chez les rétrécis, il suffit de lever l'obstacle pour que la cystite disparaisse, quelle qu'en soit l'ancienneté, et le plus souvent la vessie, sans traitement local, se retrouve dans son état physiologique dès que l'urine peut s'écouler librement. Il en est de même des calculeux ; les cystites les plus intenses cèdent en quelques jours, je dirais presque en quelques heures, après le déblaiement de la vessie. Ce fait est aujourd'hui des plus frappants depuis que les séances multipliées de lithotritie ont été remplacées par une séance prolongée et ordinairement unique.

La blennorrhagie donne naissance à une cystite qui tantôt

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 avril, et 18 juillet 1885.

cesse très rapidement au bout de quelques jours, tantôt, au contraire, dure éternellement. Dans ces derniers cas, quand la guérison n'a pas suivi un traitement approprié et bien dirigé, on peut considérer la vessie comme définitivement habitée : l'agent infectieux s'est localisé dans une zone de l'organe d'où il sera des plus difficiles à expulser; très souvent, on croira à une guérison, mais l'ennemi n'est qu'endormi; le sommeil peut durer de longues années et se terminer par un réveil brusque et un retour terrible de la maladie.

Quant au pronostic à porter en face d'une cystite, vous avez compris qu'il était, avant tout, subordonné à la cause productrice. On ne meurt pas d'une cystite; mais il faut savoir qu'on meurt des complications qu'elle entraîne. Aussi, puis-je, dès maintenant, vous faire connaître cette première règle de la thérapeutique : en présence d'une cystite, tous vos efforts doivent tendre à ce que l'inflammation reste localisée à la vessie. Vraie pour toute espèce de cystite, cette règle s'impose surtout dans les cas de cystite diathésique; et en particulier pour la cystite tuberculeuse qui entraîne souvent la mort du malade, parce que la production néoplasique a une grande tendance à se propager aux organes voisins.

Par l'exposé que je viens de vous faire des symptômes de la cystite, le diagnostic vous est rendu facile; cependant, vous verrez tous les jours des erreurs se commettre, parce qu'on se sera laissé entraîner à une fausse interprétation des symptômes d'ailleurs bien observés. Prenons pour exemple la fréquence des mictions et la douleur. Ces deux symptômes peuvent exister en dehors de toute cystite. La fréquence s'observe chez des malades, des femmes surtout, qui ont des besoins presque incessants, sans pourtant que leur urine contienne une seule trace des éléments du pus. Dernièrement, à la salle des femmes, je vous signalais une malade qui urinait toutes les dix ou quinze minutes. Cependant, elle n'avait pas d'autres symptômes de cystite, mais la répétition de ces besoins était comme un écho d'une lésion inflammatoire de voisinage, d'une métrite parenchymateuse. C'était une vessie irritable, mais non une vessie malade. J'en dirai autant des douleurs vésicales soit pendant les mictions, soit dans leurs intervalles : douleurs qui accompagnent d'autres états pathologiques non inflammatoires de la vessie. Quant à la présence du pus dans l'urine, je n'ai pas à vous rappeler qu'elle peut tenir à une lésion des reins ou de l'urètre profond.

Voilà donc les trois principaux symptômes des cystites qui, pris isolément, conduisent à un diagnostic inexact. Mais si vous trouvez réunis chez un même sujet la fréquence des mictions, la douleur pendant les mictions, des éléments du pus dans l'urine, il ne vous est plus permis de conserver de doute, affirmez qu'il y a cystite.

Votre diagnostic ne devra pas se borner à cette constatation et vous devrez préciser le siège, le degré, la nature de l'inflammation.

Il est assez facile de reconnaître quelle est la zone vésicale atteinte, et, en tenant compte de l'examen physique autant que des renseignements, on peut déterminer s'il s'agit d'une cystite du col ou du corps. C'est généralement la région antérieure qui est atteinte la première et très souvent reste seule touchée. Vous pouvez vous en assurer en faisant uriner les malades dans différents verres aux divers temps de la miction. Je ne veux pas revenir sur ce que je vous ai exposé au début de cette leçon; cependant, je vous mettrai en garde contre certains phénomènes qui peuvent induire en erreur. A la fin de la miction, du sang mélangé de pus, souvent même du sang pur, est quelquefois expulsé par les derniers efforts de la miction. Cet accident arrive en général pendant une affection aiguë de la vessie, et il est accompagné de douleurs vives. Dans d'autres cas, les phénomènes inflammatoires locaux sont peu intenses, et néanmoins le sang est rendu en abondance, mais presque sans douleur. Ce sont ces cas qu'on a désignés sous le nom d'hémorrhoïdes du col, de cystite hémorrhoïdale. Quant à moi, je ne crois pas à cette interprétation, parce que je n'ai jamais vu les lésions ainsi décrites et surtout parce qu'il est inutile de chercher une explication anatomique d'un fait dont la physiologie pathologique nous rend un compte suffisant. Tantôt, en effet, on rencontre ces varices du col chez les gens âgés, chez des prostatiques dont tout l'appareil urinaire est congestionné et qui, en effet, offrent quelquefois quelques dilatations veineuses sous la muqueuse; ces individus rendent du sang sans grandes souffrances. Les lésions qu'ils portent mériteraient peut-être le nom de varices vésicales; mais que dire quand il s'agit d'hommes jeunes? Dernièrement, je voyais un malade qui, après l'ingestion trop hâtive de balsamiques pendant une blennorrhagie, avait eu une hémorrhagie vésicale. Il aurait fallu, dans ce cas, admettre la création d'emblée d'un paquet variqueux dans la vessie; il est, au contraire, beaucoup plus rationnel de voir là des phénomènes congestifs dans l'un et dans l'autre cas. La vascularisation du col est extrêmement riche, formée par des plexus muqueux et sous-muqueux abondants et très serrés; la congestion s'y produit avec la plus grande facilité : il suffit pour cela d'une inflammation de voisinage, même des plus légères, comme chez mon blennorrhagique, qui avait peu de pus dans l'urine. Il n'est pas besoin d'invoquer la présence de lésions hémorrhoïdales dont la constatation n'est pas facile à faire. Un écoulement sanguin se produisant à la fin de la miction sera donc pour vous l'indice d'une poussée congestive et vous permettra de localiser cette lésion à la région cervicale.

Quels moyens s'offrent à vous pour établir le degré d'intensité d'une cystite? Ici nous ne pouvons compter sur l'élément fébrile; car vous savez que, toutes les fois qu'il se montre, c'est que des complications ont surgi. L'intensité des trois symptômes, fréquence, douleur, pus dans l'urine, augmente-t-elle en proportion du degré de la cystite? On serait tenté de le croire, et c'est la vérité dans bien des cas; mais on se tromperait si on voulait voir dans tous les cas aigus une suracuité de ces symptômes. Il y a presque toujours exagération des phénomènes fréquence et douleur; les souffrances sont quelquefois, il est vrai, très vives dans les cystites chroniques, mais il est rare qu'elles acquièrent alors une intensité aussi grande et forcent le malade à se tordre sous leurs étreintes; elles procèdent, dans ces cas, par excès, et cela dans toutes les formes, chez les tuberculeux comme chez les prostatiques; enfin, dans ces états chroniques, on voit survenir des poussées aiguës qui transforment complètement la maladie pendant un temps plus ou moins long.

La douleur provoquée constitue aussi un signe précieux. Vous devez, je vous l'ai dit, vous abstenir du cathétérisme toutes les fois qu'il ne sera pas de toute nécessité, car il est très mal supporté et jette les malades dans un état d'excitation qui ne permet plus d'asseoir un diagnostic. La pression hypogastrique vous fournira des renseignements, mais pas toujours dans le sens qu'on pourrait suppposer : avec les douleurs

spontanées les plus intenses, une pression même violente est bien supportée, et, je vous le rappelle ici, c'est souvent au moment où la main se retire que la douleur se manifeste.

Les modifications qns subissent les nrines sous l'inflnence d'une cystite aiguë sont des plus variables; parfois la sécrétion pnrulente est très abondante, mais c'est un fait exceptionnel, surtout quand la cystite est aiguë d'emblée. Du sang pent s'y montrer et colorer l'urine d'une teinte qui varie du rose pâle an rouge vif du sang presque pur. C'est surtout pendant une poussée aiguë survenant pendant le cours d'une cystite chronique que les modifications de l'urine sont intéressantes à étudier. Au moment même de l'apparition des premiers symptômes fonctionnels, quelquefois même avant qu'ils ne soient manifestes, on voit un dépôt glairenx se former an fond du vase; cette transformation ammoniacale annonce que la cystite préexistante passe à l'état aigu; l'inflammation augmente-t-elle encore, on verra du sang se déposer an sein de la couche mnqueuse sous forme de striations, de caillots on hien offrant nne teinte uniforme. Il y a des causes d'erreurs : certains malades, des prostatiques surtout, pourront avoir dans l'urine une quantité considérable de pns sans qu'il soit très manifeste. Ce sont des polyuriques chez qni le pus est entraîné et mélangé dans une grande quantité d'urine.

La derniérs partis du diagnostic, la recherche de la cause, est peut-être la plus importante, car c'est d'elle que dépendra le traitement à appliquer. Dans bien des cas, vous serez contraints de faire par le cathétérisme un examen direct de la vessie et de l'urètrs, mais il faut, avant tout, étudier les troubles fonctionnels, les signes de probabilité et vous livrer à nne enquête sur les antécédents non senlement actuels ou récents, mais aussi les plus éloignés. Etes-vous en face d'un malade qui souffre de cystite et chez lequel vous soupçonnez un rétrécissement? Si vous ne trouvez dans ses antécédents ni blennorrhagie, ni maladie à tendance ulcérative, ni traumatisme, ni hémorrhagie pendant le coït, dirigez votre interrogatoire d'un autrs côté, car votre malade n'a pas de rétrécissement.

Ailleurs, cette enquête, si minutieuse qu'elle soit, ne vous fournira aucun renseignement. Ce résultat négatif n'en est pas moins précieux; un homme qui a une cystite sans cause apparente est presque certainement un tuberculeux, même en l'absence de signes dn côté de l'appareil génital. Je vous ai montré, il y a quelqne temps, un malade chez qui je n'avais jamais pu que sonpçonner l'existence de la tuberculose. Or, des examens répétés de son urine ont fini par faire découvrir des hacilles pathognomoniques.

Dans l'histoire des calcnleux, l'existence de la cystite, loin d'être un élément de diagnostic, doit plntôt être considérée comme un incident de l'affection; très souvent malades et médecins croient à l'influence d'un calcul qui entretient une cystite rehelle: au contraire, dans ce cas, on doit abandonner l'idée d'un corps étranger intravésical. En face d'un malade qui a une cystite sans intermittences, incessamment progressive, vous ne devez plus penser au calcul et porter vos investigations ailleurs.

La hlennorrhagie exerce très souvent son influence sur la vessie, et quelqnefois à des intervalles invraisemblables. Longtemps la maladie paraît éteinte; puis, au bout d'un temps qui parfois n'est pas inférieur à quinze ou vingt ans, la maladie se réveille brusquement. Il est souvent difficile de distinguer de tels cas d'une tuberculose à marche lente. Dans nos salles est couché un malade chez lequel j'avais cru an retour aigu d'une cystite blennorrhagique qui aurait guéri, an moins en apparence, il y a un grand nombre d'années. Mais un interrogatoire minutieux nous a appris qu'il avait en de la cystite avant tonte contamination hlennorrhagique. Il est donc probable que nons sommes en face d'une tuberculose à marche extrêmement lente jusqu'ici, mais dont l'évolution va se précipiter dès maintenant.

Une fois la recherche des commémoratifs terminée, vous ponvez vous livrer à un examen direct. Le cathétérisme ne devra être employé qu'en dernier lien. Le toncher rectal, le palper hypogastrique, soit isolés, soit combinés, vous donneront de précieux renseignements chez les prostatiques, les tuberculeux, ceux qui ont des néoplasmes vésicaux. Chez les retrécis, votre diagnostic sera déjà fait au moment où vous introdnirez votre explorateur à boule olivaire qni vous renseigera sur le nombre et le siège exact dss rétrécissements. Enfin l'emploi de l'explorateur métallique est indispensable chez les calculeux : faites des manœnvres aussi courtes et aussi légères qne possible. Rappelez-vous que la simple introdnction d'un instrument dans la vessie pent êtrs le signal d'une cystite formidable chez un calculeux dont la vessie était restée jusqne-là silencieuse.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

I. Péricardite purulente et myocardite suppurée suivies d'accidents pyohémiques. — II. Endocardite ulcéreuse; abcès dans un pilier du cœur, par J. Brossard et P. Dalché, internes des hôpitaux.

Obs. I. — Le nommé Blad... (Alexandre), garçon boucher, âgé de 25 ans, se présente le 11 décembre 1884 à la consultation de l'Hôtel-Dieu dans un état de faiblesse extrême. Il peut à peine se tenir debout; la fièvre est vive; la langue, blanchâtre au milieu, est rouge sur les bords; enfin tout porte à croire, à première vue, au début d'une fièvre typhoïde d'allure assez grave. Il est admis aussitôt et couché au n° 23 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. Gallard.

Le soir, en l'interrogeant plus longuement, on apprend que le début de sa maladie remonte à quinze jours environ. Jusqu'à cette époque sa santé a été bonne, et, depuis six ans qu'il est garçon boucher à Paris, il n'a jamais fait qu'une maladie sérieuse pour laquelle il a été soigné, au mois de juillet 1883, dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait alors d'un phlegmon de l'aisselle, consécutif à une piqûre d'os à la main gauche, qui avait fusé sous le grand pectoral. Les renseignements fournis par le malade et par notre excellent collègue Cayla, alors interne dans le service de M. Richet, nous ont appris qu'une première ouverture du phlegmon dans l'aisselle n'avait pas suffi pour obtenir la cicatrisation. On fut obligé de faire une contre-ouverture au niveau de la clavicule gauche et de passer un drain sous le grand pectoral. La suppuration dura deux mois, et le malade, entré le 11 juillet, ne sortit complètement guéri que le 15 septembre.

Pendant son séjour à l'hôpital il fut atteint de complications pulmonaires : point de côté à la base gauche, submatité en arrière, souffle et râles sous-crépitants. Ces signes de pleuro-pneumonie se maintinrent pendant une quinzaine de jours, et l'on remarqua alors que, bien que son phlegmon fut à peu près cicatrisé, il avait très fréquemment de la fièvre le soir, 39°, et conservait un teint pâle malgré un appétit considérable. L'examen du cœur paraît avoir été négligé à cette époque.

Depuis sa sortie, le malade ne s'était plaint d'aucun malaise et avait repris son métier de boucher, quand il fut pris, quinze jours

avant son entrée à l'hôpital, de fièvre accompagnée de frissons et de douleurs vagues dans tout le corps. Il était très oppressé et monta très difficilement l'escalier pour gagner sa chambre. Le premier jour il se coucha, mais travailla cependant le lendemain ; puis, au bout de deux jours, il fut obligé de cesser tout travail, rentra chez lui et se purgea deux fois dans huit jours. Son état s'aggrave de plus en plus, et la veille de son entrée à l'hôpital, il se plaint de la jambe gauche et d'écorchures aux doigts de pied qui l'empêchent de marcher. L'essoufflement n'avait fait qu'augmenter et la fièvre était vive. Avant de tomber malade, cet homme présentait déjà aux deux mains de nombreuses écorchures, qui n'étaient autres que des engelures. Pendant tout le temps qu'il est resté dans sa chambre, il n'a pas fait de feu et a eu très froid aux pieds ; de là peuvent provenir les nombreuses écorchures qui l'empêchent de marcher et le décident à se faire conduire à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Cet homme est grand et paraît d'un tempérament robuste. Pas d'amaigrissement notable. La face est vultueuse, la fièvre vive, 40°, la respiration courte et fréquente. La langue est pâteuse et rouge sur les bords. L'intelligence paraît cependant intacte, et le malade répond nettement aux questions qu'on lui pose, tout en montrant beaucoup de fatigue due à la respiration difficile.

L'examen de la paroi antérieure du thorax fait reconnaître une cicatrice large et déprimée au-dessous de la clavicule gauche, et une autre plus petite à la partie interne de l'aisselle ; ces deux cicatrices correspondent au phlegmon sous-pectoral du mois de juillet 1883.

Le bras droit présente au coude une écorchure un peu rougeâtre due, d'après le malade, à une chute récente dans l'escalier. Près du coude gauche, sur l'avant-bras, on remarque aussi une rougeur circonscrite avec tuméfaction et chaleur, ressemblant beaucoup à un abcès chaud dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dont le malade se plaint depuis deux jours. Les mains sont couvertes d'écorchures d'un rouge violacé ayant tout l'aspect d'engelures. Sur les pieds, et surtout sur les gros orteils, on voit des boursouflures violacées et très douloureuses au toucher. L'épiderme paraît soulevé par un épanchement séro-sanguinolent, et des traînées rougeâtres sillonnent la face dorsale des pieds, qui sont très tuméfiés.

Le ventre est peu ballonné, et il n'existe aucune tache rosée. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Le malade, du reste, ne se plaint pas de diarrhée ; les urines sont rougeâtres, peu abondantes, et contiennent un peu d'albumine.

A la percussion du thorax, on trouve une matité assez étendue dans la région précordiale, et l'auscultation fait reconnaître un souffle rude qui couvre les deux temps de la révolution cardiaque ; les bruits normaux du cœur restent cependant distincts, quoique très affaiblis. Les battements sont très rapides (120 pulsations), et en rapport avec la température excessive (40°). A l'auscultation du poumon gauche, on entend de nombreux râles muqueux et sous-crépitants, plus marqués vers la base ; la respiration est courte et un peu rude. Les mêmes signes se rencontrent à l'auscultation du poumon droit, sans qu'il soit possible de découvrir un foyer de vrais râles crépitants. D'ailleurs, le malade n'accuse aucun point de côté antérieur, et il n'y a pas de matité appréciable, si ce n'est à la base gauche, où les vibrations thoraciques paraissent un peu diminuées. Enfin, on ne trouve pas, dans la poitrine, des signes capables d'expliquer un état général aussi grave.

L'absence de diarrhée marquée, le peu d'affaiblissement intellectuel du malade, ainsi que le peu de sensibilité du ventre et l'absence de taches rosées, font tendre à écarter le diagnostic de fièvre typhoïde.

Diagnostic. — Il ne restait donc en présence que deux diagnostics probables : une pneumonie double, que l'on devait écarter à cause des signes d'auscultation peu en rapport avec le début de la maladie, ou bien une lésion cardiaque, car on trouvait dans ce cas beaucoup des symptômes locaux et généraux décrits dans l'*endocardite infectieuse*. C'est donc à ce dernier diagnostic que l'on s'arrêta de préférence, sans cependant pouvoir trouver quelle était la cause de cette terrible affection.

12 décembre. — L'état du malade est toujours aussi grave, les battements du cœur sont plus faibles et plus rapides, la respiration plus courte et anxieuse. Le souffle de la région précordiale s'entend difficilement à cause de la rapidité des battements du cœur et de la respiration qui est devenue plus rude. On entend des râles crépitants à la base du poumon gauche, mais il n'y a pas de souffle. Pas de toux, crachats spumeux. La température se maintient à 40°, sans grands frissons. Ventouses ; potion de Todd.

13 décembre. — La température baisse un peu ; les râles crépitants sont aussi marqués à la base du poumon gauche, sans qu'on entende de souffle. Mais l'asphyxie fait des progrès, et les battements du cœur sont de plus en plus rapides. Enfin, le malade meurt le soir à huit heures, par asphyxie progressive.

Autopsie. — Lorsqu'on enlève le sternum, tout en rasant le plus possible la face postérieure avec le couteau, on ouvre le péricarde, qui était adhérent à cette face dans une étendue de 4 à 5 centimètres vers la partie moyenne. Cette ouverture prématurée du péricarde laisse échapper en assez grande quantité un liquide mucopurulent, tenant en suspension des flocons grisâtres ; la cavité du péricarde était très distendue par ce liquide, qui peut être évalué à 2 ou 300 grammes. Toute la surface interne de cette séreuse est recouverte de fausses membranes d'aspect fongueux, blanchâtres et filamenteuses, lésions caractéristiques de la péricardite.

La plèvre gauche ne contient aucun liquide, mais il y a des adhérences en arrière et en bas, dans la gouttière vertébrale, et surtout au sommet, qui est absolument adhérent à la paroi thoracique, dans toute son étendue. La plèvre droite est saine et les adhérences sont nulles.

Les poumons présentent, à la coupe, de la congestion très marquée, mais qui ne va pas jusqu'à l'hépatisation. On ne distingue, au milieu de leur tissu, aucun infarctus, ni aucun abcès.

Le foie est gros, 2 k. 100 gr., mais il est sain dans toute son étendue.

Il n'en est pas de même de la *rate*, qui est volumineuse, 400 gr., et présente à sa surface et surtout sur les bords, des plaques grisâtres, correspondant à une lésion sous-jacente. En effet, à la coupe, elle est peu diffluente, et, dans les points qui correspondent aux plaques grisâtres, on trouve un tissu ramolli, d'un gris sale, paraissant infiltré de pus, sans qu'il y ait de véritable collection purulente. Ces lésions sont certainement dues à des embolies septiques.

Les reins, gros, tuméfiés, présentent à leur surface de très nombreux points noirâtres, correspondant à de nombreux infarctus dans la couche corticale. A la coupe, on découvre de nombreux abcès disséminés dans la substance ; et même dans le rein droit, un abcès de la grosseur d'une noisette, développé en plein tissu rénal. Il n'y avait pas eu de pus dans les urines pendant la vie, mais l'albumine était assez abondante.

Rien à noter dans les enveloppes du cerveau, ni dans le tissu cérébral.

Examen du cœur. — La surface interne du péricarde est recouverte, dans toute son étendue, par une fausse membrane villeuse, ayant absolument l'aspect d'une langue de chat et très adhérente au péricarde. A la coupe de la paroi ventriculaire gauche, très hypertrophiée, on remarque que le péricarde recouvrant le myocarde est fortement épaissi. Le tissu musculaire immédiatement en rapport avec la couche profonde du péricarde est le siège, en plusieurs points, de petits amas de pus non collecté et infiltré entre les fibres musculaires. Ils sont situés principalement dans le tissu formant le bord gauche du cœur ; la plupart sont superficiels et en rapport avec la couche profonde du péricarde, mais on en trouve dans la partie du myocarde touchant l'endocarde, et même dans les piliers donnant attache à la valvule mitrale.

En incisant transversalement les deux piliers charnus qui donnent insertion aux nombreux cordages musculaires de cette valvule, on voit sortir du centre même de ces deux piliers une quantité notable d'un pus crémeux et collecté. On découvre alors, au centre de chacun, une cavité qui s'étend dans toute leur longueur, et dont la paroi est lisse. Chacune de ces cavités a un centimètre et demi de long sur deux millimètres de diamètre. L'endocarde qui recouvre les piliers paraît un peu rugueux, mais on ne trouve pas de communication des abcès avec la cavité du ventricule.

Enfin nous arrivons à la lésion la plus importante : en incisant le péricarde et le myocarde un peu au dessous du sillon auriculo-ventriculaire gauche, on découvre un énorme abcès, dont s'écoule beaucoup de pus grisâtre et bien lié. Cet abcès, situé dans la couche externe du myocarde, présente une cavité dans laquelle peut entrer la pulpe du doigt, mais qui est traversée par de nombreuses fibres musculaires, d'un gris sale, entourées par le pus. Il n'est pas limité par une membrane lisse, mais présente, au contraire, des anfractuosités et de nombreux prolongements qui se portent dans le tissu musculaire du cœur. Ce vaste abcès siège surtout à la face postérieure du cœur, et ses prolongements gagnent la paroi du ventricule droit, tout près de l'oreillette; mais l'endocarde est resté intact, et il n'y a pas de communication du foyer purulent avec la cavité ventriculaire.

Pas de lésions appréciables sur l'endocarde des deux ventricules et des deux oreillettes. L'aorte présente quelques petites plaques d'athérôme ; mais il n'y a aucune trace d'endocardite végétante ou ulcéreuse.

DÉDUCTIONS. — Nous croyons pouvoir conclure, de l'ensemble de cette observation, que la péricardite a été le point de départ de la série de lésions reconnues à l'autopsie et ayant causé la mort. En effet, l'infection purulente seule aurait pu nous donner le même ensemble de symptômes et de lésions ; mais nous n'avons pas pu trouver quelle pourrait en être la cause. Cet homme avait, il est vrai, de nombreuses écorchures aux mains qui ont pu être mises en contact avec des viandes putréfiées ; mais, dans ce cas, il aurait eu un phlegmon septique du bras, pouvant être suivi d'infection générale et d'abcès métastatiques dans le myocarde, la rate, les reins et d'autres organes.

Chez ce malade, au contraire, le début de la maladie a été bien différent, et c'est du côté du cœur qu'ont apparu les premiers désordres. Il y a eu des frissons, de la gêne dans la marche, sans qu'il apparaisse aucun signe d'inflammation locale du côté des doigts et des bras. Il a continué son travail jusqu'au jour où la fièvre vive et l'oppression l'ont obligé de cesser ; et ce n'est que plusieurs jours plus tard qu'il s'est plaint de douleurs dans les pieds et qu'une rougeur localisée s'est montrée au coude gauche. Ces accidents doivent donc être considérés comme consécutifs à la lésion du péricarde et du myocarde.

De plus, si les abcès du myocarde étaient d'origine métastatique, ils seraient plus petits et disséminés dans toute l'épaisseur de la paroi, tandis que, dans ce cas, ils sont presque tous situés dans la partie superficielle en rapport avec le péricarde et présentent un volume assez considérable.

De tout cela, nous devons conclure que le point de départ des accidents a été la péricardite. Celle-ci était peut-être ancienne; c'est ce que tendraient à faire croire l'adhérence intime de la face externe du péricarde avec le sternum, et le phlegmon sous-pectoral du mois de juillet 1883; elle serait alors devenue purulente sous l'influence d'une cause qui nous reste inconnue, mais qui pourrait bien être le froid. De plus, cet homme, quoique robuste, présentait le type du tempérament scrofuleux, et avait déjà montré, l'année précédente, de la tendance aux suppurations prolongées.

Cette péricardite purulente a donné lieu, par contiguïté, à une véritable inflammation du myocarde, suivie de nombreux abcès. Au milieu de tous les désordres que l'autopsie nous a fait reconnaître du côté du myocarde et du péricarde, l'endocarde est resté à peu près indemne, le pus n'a pas pénétré directement dans les cavités du cœur et de là dans la circulation générale pour donner naissance aux accidents pyohémiques qui ont déterminé la mort.

Ce malade, qui a donc présenté tous les symptômes de l'endocardite infectieuse à forme pyohémique, n'a pas eu d'endocardite, et le myocarde ainsi que le péricarde enflammés ont été, dans ce cas, le point de départ d'accidents analogues à ceux décrits dans l'endocardite ulcéreuse.

Comment le pus infiltré et collecté dans le tissu même du myocarde a-t-il pénétré dans le torrent circulatoire, pour aller produire des embolies septiques dans la rate et les reins et probablement aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané ? C'est par la voie des veines ou des lymphatiques, mais nous n'avons pu reconnaître aucune communication.

Les mouvements répétés du myocarde ont pu faciliter la pénétration du pus dans les veines, et de là dans le torrent circulatoire. Si un foyer purulent du myocarde s'était ouvert directement dans la cavité ventriculaire, le sang, sous l'impulsion de la systole ventriculaire, aurait pénétré dans la cavité de l'abcès, et on aurait eu alors un anévrisme du cœur, ce qui n'existait pas à l'autopsie. Le pus contenu dans les abcès était crémeux, et aucunement mélangé de sang.

Nous conclurons donc, en disant que la péricardite purulente peut être, dans certains cas, suivie d'une myocardite suppurée, laquelle peut donner lieu aux accidents pyohémiques, qui ont été surtout décrits dans l'endocardite ulcéreuse.

Obs. II.—Le nommé Desch... (Victor), âgé de 54 ans, entre le 1er mai 1884 salle Saint-Thomas, no 16, dans le service de M. Empis, à l'Hôtel-Dieu.

Il a été trouvé le matin dans la rue, sans connaissance.

C'est un homme amaigri, d'aspect misérable. Il est dans un état d'hyposthénie complète; les yeux fixes, il garde dans son lit une telle immobilité que si ce n'étaient ses paupières entr'ouvertes on pourrait croire qu'il dort. C'est à grand peine qu'on peut le secouer de sa torpeur; il murmure quelques mots, sans donner aucun renseignement du reste, et sans exécuter un seul mouvement. On finit par comprendre qu'il ne souffre de nulle part, mais qu'il est brisé de partout.

La peau est chaude, la langue très sèche, les lèvres et les dents légèrement fuligineuses ; le pouls est assez plein.

Rien à l'auscultation des poumons.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal et on y perçoit un souffle doux au premier temps.

Du côté de l'abdomen on ne trouve rien de notable, si ce n'est une vessie très distendue par l'urine ; on est obligé de sonder le malade.

Ni sucre, ni albumine.

La jambe gauche est légèrement œdématiée, le cou-de-pied et le genou sont gonflés, la peau présentant une rougeur diffuse à leur niveau. La pression sur ces articulations est très douloureuse, ainsi que sur le genou droit. La circulation veineuse est un peu plus développée à gauche.

Les deux poignets présentent une plaque rouge et douloureuse au niveau de leur face dorsale.

2 mai. — Le malade n'a pas bougé de la nuit; on est obligé de le sonder de nouveau.

Il a toujours la peau chaude ; le souffle perçu à la pointe du cœur est beaucoup moins net. Traitement : bains à 25°, trois par jour. Toniques.

4 mai. — Le malade n'est pas encore allé à la selle depuis son entrée. Il a tout à fait perdu connaissance. La température du matin, prise après le premier bain froid, est de 38°,2.

L'œdème de la jambe gauche a notablement diminué, mais le mollet a pris une légère teinte jaunâtre ecchymotique, et il est parsemé d'un très fin piqueté purpurique Au-dessous de la malléole interne se voient trois taches de purpura plus larges, et des taches se montrent aussi sur la face dorsale des quatre premiers orteils. Une phlyctène sanguinolente à la face externe du gros orteil.

Le malade est très raide ; on ne peut l'asseoir qu'avec difficulté. Rien à l'auscultation.

Le soir, température 40°,3 ; pouls 100. De nouvelles taches purpuriques se sont formées, en particulier sur la face dorsale des orteils du pied droit, sur le genou gauche, les deux coudes et au niveau des épines des deux omoplates. La pupille gauche est beaucoup plus contractée que la droite. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — *Cerveau*. — Les méninges sont congestionnées, les vaisseaux gorgés de sang, et à la coupe de l'encéphale on remarque un piqueté rouge, indice de congestion.

Rien dans les *poumons*.

Cœur. — Péricarde sain.

Dans le ventricule gauche, au niveau de l'orifice aortique, une des valvules sigmoïdes est absolument percée à jour, comme criblée ; la seconde valvule sigmoïde présente des végétations granuleuses d'endocardite sur la face qui regarde le courant sanguin. La troisième valvule est saine. Ces lésions d'endocardite doivent être récentes, car sauf celle qui est percée à jour, les valvules ne sont nullement déformées ou ratatinées.

Dans un des gros piliers de la mitrale se trouve un petit abcès ouvert dans le ventricule gauche ; le reste du pilier est mou, flasque, un peu jaunâtre

La rate est énorme, molle, diffluente.

Dans un rein, nous constatons trois infarctus jaunes et récents, assez volumineux.

L'affection qui a emporté notre sujet se présentait avec des symptômes trop caractéristiques, et dès le premier jour nous avons pensé à une maladie infectieuse. L'existence d'un souffle à la pointe du cœur, souffle qui, cependant, disparut dans la suite, nous fit diagnostiquer une endocardite ulcéreuse. L'autopsie a confirmé nos prévisions. Quelle a été la cause de cette endocardite ulcéreuse ? Il est impossible de le dire.

On peut rapprocher cette observation de la précédente. Dans la première, les symptômes locaux attiraient l'attention du côté du cœur ; dans la seconde, l'état général dominait toute la marche de la maladie. Dans l'un et l'autre fait, le myocarde contenait du pus, mais dans le second seulement, ce pus était en communication directe avec un ventricule.

Nos deux malades ont succombé à des accidents infectieux qui se sont manifestés pour chacun d'eux d'une façon toute différente ; et cependant, il faut bien le reconnaître, ces deux cas ne sont pas en réalité aussi éloignés l'un de l'autre qu'ils le paraissent au premier abord.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Du rôle de l'atmosphère et de l'état hygrométrique en particulier comme facteur étiologique des épidémies de choléra, par le docteur Charles Amat, médecin du 18e régiment de chasseurs.

Les documents qu'a fait naître l'épidémie cholérique de 1884 ont diminué considérablement l'importance jusqu'ici attribuée au contage direct, aux eaux de boisson, pour laisser subsister l'influence atmosphérique.

« Devant la diffusion du mal, disait à la tribune de l'Académie M. Léon Colin, on ne peut admettre d'autre répartiteur que l'atmosphère, véritable milieu de germes cholériques qui parfois s'y condensent en essaims pressés comme dans les épidémies à grande mortalité, parfois, au contraire, y sont clairsemés et n'entraînent qu'un chiffre restreint de décès. » Et MM. Jules Guérin, Hardy, Béchamp, pour ne citer que quelques noms, venaient appuyer de leur autorité l'opinion exprimée par notre savant maître.

Les doctrines microbiennes, si fertiles en déductions heureuses, s'accommodent assez mal à l'occasion des faits observés, et le fameux bacille-virgule dont M. Koch voudrait faire le spécifique du choléra échappe moins que tout autre à une semblable critique. Non transportable par l'air, il n'existerait pas toujours dans le contenu intestinal des individus rapidement enlevés et, sans nuire à sa valeur diagnostique, deviendrait effet plutôt que cause directe du processus pathogène.

Tout en ne préjugeant rien de leur nature, on est ainsi conduit à faire jouer aux germes atmosphériques un rôle prépondérant. Tantôt graves, tantôt bénins dans telle région, leurs effets arrivent parfois à ne plus se manifester dans telle autre, et ce sont les raisons d'une pareille immunité qu'il importe de rechercher.

Une vérité classique est que le choléra s'éteint dans les caravanes traversant des déserts étendus. Un autre fait indéniable est que l'affection respecte certains ksours sahariens, ainsi qu'il résulte des recherches faites en 1883 pendant un séjour de six mois au M'zab.

A cette époque, le choléra sévissait en Egypte. L'Europe se gardait contre l'importation. Non seulement le pèlerinage de la Mecque était interdit en Algérie, mais encore un cordon sanitaire éloignait de nos possessions tout convoi pouvant venir de la Tripolitaine. A 800 kilomètres de la côte environ, le Sahara se trouvait fermé au moyen d'hommes de garde placés à chacun des puits par lesquels tout voyageur doit nécessairement passer.

L'application de mesures si radicales comblait de stupéfaction les indigènes qui *n'avaient jamais vu* le choléra dans leur contrée. « Lorsqu'en 1867, disaient-ils, l'épidémie exerçait ses ravages dans le Tell, sur les Hauts-Plateaux et jusqu'à Laghouat, nos corréligionnaires allaient et venaient *sans importer l'affection*. Hors de chez nous, ils mourraient, mais ici l'état de santé se maintenait habituel. »

De pareilles affirmations semblent devoir être acceptées sans conteste, surtout à l'occasion d'un mal qui laisse d'ineffaçables souvenirs.

Les ksours des Beni-M'zab, pour être un peu moins sales que ceux des Arabes, n'en revêtent pas moins encore une grande malpropreté. Entourés de fumiers séculaires et de cimetières à odeurs putrides, ils sont édifiés sur un sol poreux magnésien sans nappe d'eau souterraine connue. Les nombreux puits qui s'y trouvent creusés, à des profondeurs moyennes de 25 mètres, fournissent pendant fort peu de temps une eau généralement mauvaise.

En somme, la région, placée sous le 32° parallèle, est caractérisée par des températures très élevées (45 à 50° centigrades à l'ombre), par une *sécheresse extrême*. Et, sans entrer dans le détail des causes principales qui fournissent normale-

ment à l'atmosphère sa vapeur aqueuse, il importe de rappeler qu'à 200 kilomètres à la ronde ne se rencontre pas le plus mince filet d'eau, que la pluie, toujours fort rare, survient en hiver, que le ciel, d'une limpidité habituellement parfaite, se trouve seulement obscurci par des nuages de sable, que cette siccité favorise l'état tout particulier de la tension électrique.

Les analyses dénotent dans l'air que nous respirons de l'oxygène, de l'azote, de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau. Tandis que les deux premiers éléments sont partout constants, les deux derniers présentent suivant les temps et les lieux de notables variations : le psychromètre permet de déterminer, pour des températures données, la tension de la vapeur et l'humidité relative.

L'état hygrométrique, *trois fois moins élevé au M'zab* que dans les localités où sévit le choléra, indique comme moyenne estivale 7 millimètres de tension et 24 d'humidité au lieu de 9 et de 70. C'est dire que l'air des principales villes de l'Europe renferme 70 pour cent environ de la quantité de vapeur d'eau qu'il contiendrait à l'état de saturation, celui du M'zab n'en possédant plus que 24, et l'on pourrait citer des instants tels que le 22 juin à une et à sept heures du soir, le 17 juillet à sept heures du matin, le 24 du même mois à une heure et le 11 septembre à sept heures de l'après-midi, où il n'était pas possible d'en déceler!

Cette sécheresse excessive rend compte d'un autre fait non moins remarquable, *la faible proportion d'ozone*. Ce n'est pas que les matériaux nécessaires à son élaboration fissent défaut, bien au contraire ; ce qu'il fallait, c'était un conducteur pour permettre aux deux électricités de se combiner, et ce conducteur manquait, c'était la vapeur d'eau. Les phénomènes électriques observés au nord du Sahara, sur lesquels mon frère appelait l'attention en 1880, dans une communication à l'Académie des sciences, se manifestent au M'zab avec une intensité bien plus frappante encore. Les couches atmosphériques avoisinant le sol sont si chargées de fluide que l'on peut presque, à tous instants, tirer des étincelles des poils de sa barbe et bien mieux de la queue des chevaux, la tension augmentant en raison inverse de l'état hygrométrique, tandis que l'ozone croît en raison directe de la plus grande humidité de l'air.

De tous ces faits, résultats d'observations météorologiques minutieuses et suivies, il paraît permis de conclure :

Que l'*atmosphère* joue un rôle marqué dans la diffusion des épidémies cholériques ;

Que les germes pathogènes exigent pour entrer en action un certain degré d'*humidité ;*

Que celle-ci est indispensable à la formation de l'*ozone ;*

Que ce corps peut faire à peu près complètement défaut *sans influence pronostique.*

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Syphilis.

I. UNE OBSERVATION INTÉRESSANTE DE SYPHILIS, par le docteur ENGEL, de Philadelphie (1). — II. RÉSULTATS OBTENUS A LA SUITE DE L'EXCISION DE CHANCRES SYPHILITIQUES, par le docteur WATRASZEWSKY (1). — III. ABCÈS DU CERVELET, SYMPTÔMES DE SYPHILIS, CÉCITÉ SUBITE ET PASSAGÈRE, CÉPHALALGIE OCCIPITALE VIOLENTE, par MONTAGU HANOFIELD JONES (2). — IV. SUR LA SYPHILIS PULMONAIRE ET LA PHTISIE SYPHILITIQUE, par HILLER (3). — V. RÉSULTATS DE L'EXAMEN DES CRACHATS DANS DES CAS DE SYPHILIS PULMONAIRE (PRÉSUMÉE), par le docteur KŒNIGER (4). — VI. SUR LA SYPHILIS HÉMORRHAGIQUE, par le docteur G. BEHRENN (5). — VII. SUR LA SYPHILIS HÉMORRHAGIQUE DES NOUVEAU-NÉS, par E. PETERSEN (6). — VIII. EXPÉRIENCES D'INOCULATION DU VIRUS SYPHILITIQUE A DES PORCS, par SEWECKE (7).

I. M. ENGEL publie l'observation d'un homme qu'il avait traité pour des accidents de syphilis cérébrale ; le malade avait eu entre autres une attaque épileptiforme. Sous l'influence d'une cure antisyphilitique, le malade fut complètement débarrassé de ces accidents. Sa santé fut parfaite pendant cinq ans, au bout desquels il contracta pour la seconde fois un chancre induré, suivi, à quelque temps de là, d'accidents secondaires.

M. Engel prétend que, sous l'influence d'un traitement approprié, la guérison de la syphilis cérébrale peut être complète au point de rendre possible une réinfection syphilitique. Le traitement auquel fut soumis le malade en question embrassa une durée de dix-huit mois. M. Engel a l'habitude de procéder de la façon suivante : il fait prendre à ses malades du mercure (calomel ou frictions mercurielles), jusqu'à ce que des ulcérations s'en suivent. La salivation n'est pas, selon lui, une contre-indication à la continuation du traitement. Comme, sous l'influence de cette mercurialisation, le poids corporel des malades diminue dans des proportions considérables (de 8 à 22 livres dans les observations de l'auteur), M. Engel prescrit un régime reconstituant avant de passer au second temps du traitement, à l'administration de l'iodure de potassium. Il fait prendre ce médicament par prises de 5 grains, au nombre de 3 dans les vingt-quatre heures; peu à peu la valeur des prises est portée à 20 grains. Cette dose maxima est continuée pendant quatre semaines. Tous les deux jours, le malade prend un bain, et, dans l'intervalle de deux bains, il absorbe de la décoction de Zittmann. Puis il est soumis à l'usage de diverses préparations mercurielles, jusqu'à ce que dix-sept mois se soient écoulés depuis le début du traitement. Enfin, pendant quatre autres semaines, il est traité par les ferrugineux. Après quoi, il est blanchi à neuf, au point de pouvoir contracter de nouveau la syphilis.

II. Nous avons rendu compte des résultats des premières tentatives faites dans l'espoir d'enrayer l'évolution de la syphilis chez les sujets porteurs d'un chancre induré, au moyen de l'excision du chancre. Cette opération a été pratiquée par WATRASZEWSKY chez dix-sept individus affectés d'un chancre du prépuce. Après excision du chancre, les lèvres de la plaie étaient recousues. Chez trois des opérés, la cicatrice fut envahie par une induration analogue à celle du chancre syphilitique, du dixième au vingt et unième jour après l'opération;

(1) PHILADELPHIA MEDICAL TIMES, 1884, p. 447, et CENTRALBLATT FÜR DIE MED. WISSENSCH., 1885, n° 19, p. 336.

(1) ST-PETERSBURGER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 42.
(2) BRAIN, octobre, 1884.
(3) CHARITÉ-ANNALEN, t. IX, p. 184, 1884.
(4) DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 80.
(5) DEUTSCHE MEDIZINAL-ZEITUNG 1885, n° 9.
(6) VIERTELJAHRSSCHRIFT FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS, t. X, fasc. 3 et 4, p. 509.
(7) ST-PETERSBURGER MEDICIN. WOCHENSCHRIFT, 1884, n° 43.

chez les quatorze autres, la cicatrice resta molle. A noter que dans aucun de ces cas, l'excision ne fut pratiquée plus de dix jours après l'apparition du chancre. Chez quatorze malades, l'opération eut lieu entre le cinquième et le dixième jour; chez trois, elle eut lieu vingt-quatre ou au plus quarante-huit heures après que le malade se fut aperçu de son chancre. Autant que possible, on a choisi des sujets dont les ganglions inguinaux n'étaient encore que peu ou point tuméfiés.

Les résultats de cette nouvelle série d'excisions de chancre n'ont été rien moins que brillants : sur 17 malades, 16 ont eu des manifestations syphilitiques secondaires à bref délai; un seul, qui avait subi l'opération dix-sept jours après un coït suspect et dix jours après l'éclosion du chancre, était resté indemne d'accidents consécutifs pendant les six mois qui suivirent, ce qui ne prouve rien.

D'après cela, le médecin russe se croit autorisé à admettre que les succès annoncés par d'autres expérimentateurs s'expliquent uniquement par des erreurs de diagnostic, consistant à prendre pour des chancres indurés, des lésions non spécifiques. L'excision du chancre n'a d'autre utilité que de débarrasser rapidement les malades de cette première manifestation de la syphilis.

III. Un cocher, âgé de 46 ans, père de trois enfants, avait eu, quatre années auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, suivie d'une hémiplégie passagère du côté droit. Deux ans plus tard, il perdit subitement la vue, et en même temps il présenta des troubles psychiques. L'amblyopie s'amenda au bout de deux semaines et le malade put reprendre ses occupations. Dans les quatre dernières semaines de sa vie, le malade a été en proie à de violents accès de céphalalgie occipitale, qui duraient deux ou trois minutes, en s'accompagnant de raideur de la nuque. Au niveau du sternum et des tibias, on constatait des traces d'une syphilis antérieure. Le malade vomissait souvent; il était un peu constipé. Depuis des années, il avait de la dureté de l'ouïe, qui s'était fort aggravée dans les derniers temps. Il pouvait encore lire assez distinctement, quoique avec peine. A l'examen ophthalmoscopique la papille présentait l'aspect d'une tache blanchâtre, irrégulière. Sous l'influence d'un traitement par le calomel, la céphalalgie diminua et l'esprit devint libre. Puis la douleur de tête s'aggrava subitement et, au bout de quelques jours, le malade succomba avec des signes d'insuffisance cardiaque.

A l'autopsie, on trouva dans le lobe droit du cervelet deux abcès, à contenu verdâtre, séparés par une cloison de tissu cérébral. A ce niveau, la dure-mère était épaissie dans l'étendue d'une pièce de trois marks, transparente. Dans le tibia gauche, une gomme du volume d'une noix.

M. Handfield Jones insiste sur ce que, pendant toute la durée de l'observation, ce malade n'a jamais présenté de troubles de la marche, de l'équilibre, des mouvements des yeux. Il attribue l'amblyopie passagère à une augmentation de la pression exercée par la tumeur cérébelleuse qui, plus tard, entra en suppuration.

IV. On sait depuis fort longtemps que des lésions syphilitiques peuvent se développer dans le poumon. Ces lésions se présentent généralement sous forme de gommes indurées et de néoplasies conjonctives. Une question qui est encore en suspens est celle de savoir s'il existe une phtisie pulmonaire syphilitique, autrement dit, si la phtisie peut se développer à la suite d'une caséification et d'une destruction du parenchyme pulmonaire, d'origine exclusivement syphilitique. Pour élucider cette question, M. Hiller s'est livré à un examen critique des principales observations de phtisie pulmonaire publiées jusqu'à ce jour, en y joignant trois cas inédits. Il est arrivé à cette conclusion, qu'aucune de ces observations n'est probante, soit que la preuve du caractère ulcéreux, destructif, du processus pulmonaire n'ait pas été fournie, soit que l'origine syphilitique de l'affection pulmonaire n'ait pas été établie d'une façon irréfutable. Les faits où la preuve de la phtisie syphilitique semble être déduite des résultats de l'autopsie se rapportent à des combinaisons de la syphilis et de la tuberculose, ou de la syphilis et de la bronchectasie. Anatomiquement, la syphilis pulmonaire se caractérise par des lésions cicatricielles, des proliférations conjonctives, des productions gommeuses, des indurations chroniques sous forme de néoplasies péribronchiques, circonscrites ou diffuses. Quant au diagnostic *intra vitam* de la syphilis pulmonaire, il ne peut jamais être posé avec une certitude absolue. Les signes physiques tirés de l'examen des poumons, la dyspnée, la toux, l'expectoration, n'ont rien de caractéristique. Le diagnostic devra s'appuyer principalement sur les commémoratifs, sur la constatation d'accidents syphilitiques contemporains de la lésion pulmonaire et sur les résultats de l'examen laryngoscopique, qui mettra toujours en évidence des lésions anciennes des voies respiratoires supérieures, dans les cas de lésions syphilitiques du poumon.

V. A propos de la découverte faite par Lustgarten, de bacilles d'un genre spécial dans des chancres indurés et des gommes syphilitiques, M. Kœniger a fait savoir qu'ayant examiné, au point de vue de la présence du bacille de Koch, les crachats de plusieurs centaines de malades affectés d'une lésion pulmonaire, cette recherche a fourni des résultats négatifs dans un petit nombre de cas. Entre autres, dans six cas où les crachats, nettement purulents, laissaient voir, après avoir été soumis au procédé de coloration de Frænkel, des bacilles d'un rouge jaunâtre, réunis par groupes, les uns rectilignes, les autres incurvés, très grêles, n'ayant que la moitié ou les trois quarts de l'épaisseur des bacilles de Koch, mais beaucoup plus longs (1 1/2 à 2).

Quatre des personnes qui avaient fourni ces crachats étaient des syphilitiques avérés. Chez une cinquième, une jeune dame, qui avait eu plusieurs avortements spontanés, il y avait lieu, pour ce motif, de soupçonner une contamination syphilitique restée ignorée. Chez le sixième malade, toute raison d'émettre pareil soupçon faisait défaut.

VI. M. Behrend a publié en 1878 (Zeitschrift für prakt. Medecin., n° 25 et 26), une première observation de *syphilis hémorrhagique*. Il s'agissait d'un enfant qui était venu au monde avec une syphilide squameuse sur le dos, le ventre et les membres inférieurs. La rate et le foie étaient considérablement augmentés de volume. Dans les premiers jours qui suivirent sa naissance, l'enfant présenta sur le ventre, principalement dans le voisinage des aines, des pétéchies de la grandeur d'une tête d'épingle; cette éruption se dissipa sous l'influence de bains de sublimé.

Une seconde observation, rapportée par M. Behrend, concerne un enfant nouveau-né, venu à terme, avec un développement corporel satisfaisant. Après deux inspirations, l'enfant rendit son dernier souffle. Or, aussitôt après la naissance, le corps de l'enfant s'était couvert de taches d'un bleu

foncé, qui ne pâlissaient pas sons la pression du doigt; les conjonctives, tuméfiées, avaient été envahies par nne suffusion sanguine. A l'autopsie, on tronva des lésions d'origine manifestement syphilitiques, en particulier des gommes dans les poumons.

M. Behrend mentionne ensuite le cas de trois enfants de la même famille; le premier enccomba, huit jours aprés sa naissance, à une bémorrhagie du cordon; le second, qui présentait, au moment de naître, une desquamation très intense de la paume des mains et de la plante dee pieds, fut prie également, au cinquième jour, d'une hémorrhagie par le cordon, mais il ee remit de cet accident. Enfin, le troisième, venu à terme mais en état de cachexie, avait des ecchymoses sur la face et snccomba, le quatrième jour, à des hémorrhagies par le cordon et par l'anus.

Voilà les faits auxquels Behrend propose d'attribuer la dénomination de *syphilis hémorrhagique*, et il ajoute que dans les cas en question, les hémorrhagies reconnaissaient sans doute pour cause prochaine nne diminution de la coagulahilité du sang, opérée par le contage syphilitique, et une fragilité anormale des vaisseaux de même origine. L'opportunité de cette nouvelle dénomination est très discutable. On sait depuis longtemps que la syphilis fait naître, dans certaines circonstances, une sorte de diathèse hémorrhagipare, aussi bien chez l'adulte qne chez l'enfant. C'est surtout á l'occasion d'un traumatisme que cette diathèse se révéle, et M. Verneuil a eu le mérite d'insister sur la tendance aux hémorrhagies secondaires créée par la syphilis, à la suite d'une opération ou d'une blessure.

VII D'ailleurs, chez les nouveau-née, d'autres influences, et en première ligne, l'infection septique, peuvent provoquer des bémorrhagies graves, affectant les allures de ces hémorrhagies imputables à la syphilis. L'observation rapportée par M. PETERSEN en est un exemple :

Il s'agit d'un nouveau-né qui avait succombé à des accidents semblables à ceux que Behrend a décrits sous le nom de syphilis hémorrhagiqne. L'autopsie démontra l'existence d'une phlébite ombilicale, qui avait été le point de départ d'embolies septiques multiples, dans les poumons, dans la peau, etc., d'où foyers hémorrhagiques dans les points correspondants.

Dans les considérations qu'il a développées à la suite de la relation de ce cas, Petersen a fait ressortir qu'il n'existe point jusqu'ici d'obeervation pouvant servir de preuve positive de l'existence d'une forme hémorrhagique de syphilis congénitale. Ajoutons que Behrend lui-même admet l'infection septique comme une cause fréquente des hémorrhagies spontanées qu'on observe chez les nouveau-nés.

VIII. Sous la direction dn professeur Tarnowski, M. SEWEKE a repris les expériences de M. Martineau, consistant à inoculer du virus syphilitique à des porcs. Ces expériences ont été faites sur des pourcins âgés de un à trois mois, auxquels on a inoculé des détritus de chancres indurés, de condylomes et de papules suintantes, des fragments de papules excisées. Toutes les inoculations ont abouti à des résultats négatifs. L'auteur met en doute la validité des conclusions que M. Martineau a tirées de ses expériences.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL MEMORANDUM A L'USAGE DE L'ACCOUCHEUR ET DE LA SAGE-FEMME, par le docteur ERNEST LAGARDE (de Pan).

Ce manuel est divisé en cinq parties :

1o Grossesse normale, acconchement naturel, délivrance régulière ;

2o Grossesse morbide, dystocie, délivrance irrégulière ;

3o Opératione obstétricalee ;

4o Grossesse multiple, extra-utérine, fausse ;

5o Chloroforme, ergot de seigle, antiseptiques.

Un manuel memorandum doit, à notre avis, être surtout un livre de pratiqne. Une difficnlté se présentant, le médecin ou la sage-femme, pen familiarisés avec la science obstétricale doivent pouvoir y trouver dee conseils sages, prudents, et la solution qui les tire d'embarras en même temps qu'elle sauvegarde la mére et l'enfant dans la mesure du possible. Nous avons donc immédiatement jeté les yeux sur la troisième partie du manuel.

Cette troisième partie renferme d'excellentes réglee; cependant nous aurions désiré un pen plus de détails. Ainsi il ne suffit pas de dire comment il fant opérer le débridement du col et les indications qui peuvent rendre le débridement nécessaire, il serait bon de rappeler les moyens qui, dans un certain nombre de cas, permettent de ne pas recourir à cette opération, qui n'est pas sans danger. On ne débride pas de prime abord un col rigide ou contracturé ; il convient de tenter avant cela autre chose, et surtout de ne pas se hâter.

Dans les applications de forceps, lorsque la tête est trés élevée au détroit supérieur, on est forcé de la saisir transversalement. Cela dépend.

Le professeur Depaul n'aimait pas les applications obliques, et il faisait remarqner que le plus souvent, quand une branche du forceps est introduite, la tête exécute un mouvement de rotation, de sorte qu'il nous paraît qn'on doit ne pas être aussi affirmatif que l'auteur.

Nous ne voyons pas mentionné le basiotribe de Tarnier, instrument fort bien conçu et pouvant être d'un immense secours.

Dans l'embryotomie par le procédé du fil à fouet de Pajot, il serait bon d'indiquer qu'il n'est pas toujours facile d'aller saisir la balle de plomb qui permet de passer le fil sur le con à sectionner.

Nous ne pouvons nous arrêter sur les diverses critiques de détail.

En résumé, le mémorandum du docteur E. Lagarde n'en reste pas moins précieux pour le praticien de campagne ou la sage-femme, qui le consulteront avec avantage dans un grand nombre de cas.

DE LA RÉTENTION DES MEMBRANES DANS L'UTÉRUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT, par FÉLIX DUBOURG. — Paris, 1885.

Dans une thése très hien conçue, faite sous l'inspiration du docteur Maygrier, l'auteur réunit aux observations de rétention de membranes, survenues à l'hôpital Tenon pendant son année d'étude, d'autres cas fort intéressants par leurs causes et leurs manifestatione cliniques, et il arrive aux conclusions suivantes :

1° La rétention dee membranes peut être favorisée par des

causes organiques (adhérence) mais le plus souvent elle est le résultat d'une faute commise ;

2° L'expectation détermine le plus rarement la déchirure des membranes ; elle est le meilleur traitement préventif de leur rétention ;

3° Le séjour prolongé des membranes n'occasionne en général pas d'accidents graves, mais réclame une application rigoureuse de la méthode antiseptique.

Contribution a l'étude de la métrorrhagie symptomatique — Traitement, par M. Laroche. — Paris, 1885.

L'auteur passe en revue toutes les causes qui peuvent provoquer des métrorrhagies : cancer, corps fibreux, polypes, fongosités utérines, etc., et indique le traitement à instituer dans chaque cas.

Considérations sur la durée de la grossesse dans ses rapports avec l'ovulation et la menstruation, par Jules Voituriez.

Pour l'auteur, l'ovule fécondé correspond le plus souvent à la dernière menstruation ; mais l'ovule de la menstruation subséquente qui n'apparaît pas peut parfois être fécondé. Depuis la fécondation jusqu'à l'accouchement, il s'écoule de 270 à 280 jours.

La grossesse prolongée n'est pas scientifiquement démontrée. Les limites fixées par la loi française doivent être considérée comme très larges.

Marius Rey.

REVUE DES THÈSES

De l'aphasie et de ses différentes formes, par M. le docteur D. Bernard, ancien interne des hôpitaux. — Lecrosnier, édit., Paris. — Th. doct., 1885.

Depuis les cliniques de Trousseau et la découverte de Broca, l'étude de l'aphasie, en France, semblait parachevée. Lorsque la localisation du centre du langage articulé au pied de la troisième circonvolution frontale gauche fut universellement reconnue, les discussions bruyantes qu'elle avait soulevées s'apaisèrent, et l'on s'accoutuma à considérer l'aphasie comme une unité pathologique, comme un *tout indivisible* ayant *en bloc* son équivalent anatomique dans cette région bien limitée de l'écorce cérébrale.

On sentait néanmoins que la suppression du langage articulé n'était pas tout chez beaucoup d'aphasiques; on était bien forcé de reconnaître et de noter, au courant de l'observation clinique, les troubles de l'écriture, de la vision et de l'audition des mots ; ces troubles, en s'associant à des degrés divers à la perte de la parole, constituaient autant de points obscurs dans le complexus symptomatique de l'aphasie. On parlait alors, pour tout concilier, de désordres de l'intelligence, d'*amnésie verbale*, etc., toutes locutions vagues, qui n'expliquaient et ne démontraient qu'une chose, c'est qu'on ne comprenait pas du tout. Chacun sait le nombre de classifications plus ou moins artificielles, des schemas du langage qui furent produits alors, à la faveur de ce désordre. En dernière analyse, on pensa que tous ces points obscurs de l'aphasie étaient du ressort exclusif de la psychologie, à qui on les abandonnait volontiers, comme si l'observation clinique était reconnue incompétente dans l'espèce et incapable *a priori* de résoudre de pareils problèmes.

En 1883, les travaux de Wernicke et de Küssmaul remirent tout en question. Malgré les tentatives de M. Hagnan, les idées venues d'Allemagne furent peu acceptées en France; on sait l'opposition vigoureuse que leur firent Lasègue et quelques-uns de ses élèves.

En mars 1883, à propos d'un cas de *cécité verbale pure*, observé à la Salpêtrière, M. Charcot reprit l'étude de l'aphasie, lui consacra une série de leçons, et, par le seul contrôle des faits, établit nettement que l'aphasie n'est pas un tout indivisible, que l'*aphémie* (perte du pouvoir de coordonner les mouvements nécessaires à l'articulation des mots), l'*agraphie* (suppression du pouvoir de coordonner les mouvements de l'écriture), la *cécité verbale* (abolition de la vision des mots), la *surdité verbale* (suppression de l'audition des mots), constituent autant d'entités pathologiques, ayant chacune leur département anatomique dans l'écorce cérébrale, bien différenciées, et pouvant s'observer soit isolément, soit associées à des degrés divers.

La thèse de M. Bernard est la mise au point exacte et consciencieuse de l'état actuel des connaissances sur chacune de ces formes de l'aphasie.

I. — Définition. — Ainsi comprise, l'aphasie peut être définie, avec Küssmaul et M. Charcot : « l'ensemble des *modifications si variées, si subtiles parfois que peut présenter, dans l'état pathologique, la faculté que possède l'homme d'exprimer sa pensée par des signes* (facultas *signatrix* de Kant).

II. — Historique. — De l'historique de la question, M. Bernard n'a traité qu'un seul point : celui de la découverte du centre du langage articulé, question de priorité encore contestée.

Tous les documents, tous les arguments invoqués, sont tour à tour judicieusement analysés ; cet examen rigoureux conduit l'auteur à déclarer catégoriquement, d'une part, le mal fondé des réclamations de Dax fils et de H. Grasset en faveur de Dax père, et, d'autre part, l'incontestable priorité qui appartient à Broca.

III. — Langage et Aphasie. — Dans ce chapitre, l'auteur insiste donc sur la distinction à établir entre le mot et l'idée qu'il représente. Le *mot*, comme la plupart des signes, n'est pas une unité ; il est composé de quatre éléments : il doit être *entendu* et *articulé*, *lu* et *fixé par l'écriture*. La mémoire d'un mot comprend donc : 1° la mémoire du mot entendu ; 2° la mémoire du mot vu ; 3° la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation de ce mot ; 4° la mémoire des mouvements nécessaires pour l'écriture de ce mot. Chacune de ces mémoires ou fonctions peut être abolie isolément. De là, les quatre formes principales de l'aphasie que l'auteur étudie ensuite successivement et dont il retrace tour à tour l'histoire, la symptomatologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique.

IV. — La Cécité verbale. — Le malade voit les signes figurés, mais n'en peut interpréter la signification. L'hémianopsie l'accompagne généralement. — Le lobule pariétal inférieur gauche est constamment intéressé dans les cas de cécité verbale.

V. — La Surdité verbale est l'impossibilité de comprendre le langage entendu. Les malades perçoivent la parole en tant que bruit, mais n'en saisissent plus la signification. Ils sont dans le cas d'un individu qui entend parler pour la première fois une langue étrangère. — Elle dépend d'une lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche.

VI. — L'Aphémie est l'abolition des mouvements coordonnés pour l'articulation des mots. — Elle répond à une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. (Circonv. de Broca.)

VII. — L'Agraphie est la perte de la mémoire des mouvements nécessaires pour l'écriture. — Il est *vraisemblable* que son siège anatomique répond au pied de la deuxième frontale gauche.

Il est bien entendu que, chez les gauchers, c'est sur l'hémisphère droit qu'il faut chercher les lésions.

VIII. — Médecine légale. — Dans un dernier chapitre, M. Bernard examine l'aphasie en se plaçant au point de vue médico-légal. Il arrive à cette conclusion, à savoir : qu'on ne peut formuler de règle générale sur la capacité morale et la valeur intellectuelle des aphasiques. Ceci varie d'un cas à un autre. Ce n'est que par une enquête minutieuse et prolongée qu'on peut qualifier l'état intellectuel de chaque aphasique.

Somme toute, la thèse de M. Bernard est un travail considérable; son sujet était une bonne fortune. L'auteur avait, en quelque sorte, à rédiger le procès-verbal de cette phase féconde que l'étude de l'aphasie a traversée dans ces dernières années. Il l'a fait simplement, sans le moindre souci des théories ni de leurs auteurs, à la seule lumière des faits. Ce n'est pas son moindre mérite.

A. Dutil.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra en Espagne. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 22 juillet, les décès par choléra et les cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants :

		Cas.	Décès.
A Madrid		14	8
A Aranjuez		1	3
Dans la province de Saragosse		»	»
»	de Castellon	128	82
»	de Murcie	252	91
»	de Teruel	205	75
»	de Valence	395	174
»	de Cuença	59	36
»	de Albacète	29	12
»	d'Alicante	169	76
»	de Ségovie	12	3
»	de Jean	90	41
»	de Tolède	86	35
»	de Badajoz	79	31

— La Cour de cassation a prononcé, le 25 juin dernier, l'arrêt suivant sur la question des syndicats médicaux :

« Attendu que la la loi sur les syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les professions;

« Que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit comme ouvriers ou salariés, à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes et de toutes autres professions;

« Que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes, puisque, d'une part, dans l'article 6, elle réserve les droits qu'elle confère aux seuls syndicats de patrons et d'ouvriers; que, d'autre part, dans l'article 3, elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt industriel, commercial ou agricole, ni par suite aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents;

« Qu'en déclarant, en conséquence, que les médecins, dont le nom n'a été prononcé ni dans la loi, ni dans la discussion de la loi du 21 mars 1884, n'avaient pu régulièrement former un syndicat professionnel dans les termes de ladite loi, l'arrêt attaqué en a justement interprété les dispositions;

« Rejette le pourvoi. »

— Une pétition demandant la prolongation de l'ancien régime d'études médicales est déposée à l'Association générale des étudiants. Les intéressés pourront venir l'y signer de une heure et demie à cinq heures, 41, rue des Écoles.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Joubert, député d'Indre-et-Loire, décédé à l'âge de soixante et onze ans; — de M. le docteur Jean-Aloïs Minnich, à l'âge de 84 ans, né à Lenzbourg (canton d'Argovie).

⁂

Concours. — Les trois concours de clinicat se sont terminés mardi matin par les nominations suivantes :

Chefs titulaires de clinique médicale : MM. les docteurs Siredey et Capitan; chefs de clinique adjoints : MM. les docteurs Duplaix et Martinet.

Chef titulaire de clinique chirurgicale : M. le docteur Ménard; chef de clinique adjoint : M. le docteur Ozenne.

Chef titulaire de clinique des maladies du système nerveux : M. le docteur Babinski.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Chapus.

— Les questions données à l'épreuve orale du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1o Des paralysies alcooliques; 2o de la paralysie pseudo-hypertrophique de l'enfance; 3o de la sclérodermie; 4o le vertige de Ménière.

La dernière épreuve d'admissibilité de ce concours s'est terminée samedi soir. Ont été déclarés admis à subir les épreuves définitives les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. les docteurs Chantemesse, Comby, Gaucher, Hirtz (Edgar), Juhel-Rénoy, Martin, Petit et Robert.

⁂

Légion d'honneur. — Par décret en date du 20 juillet 1885, M. le docteur Duval, membre du Conseil général et de la commission départementale de la Seine-Inférieure, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

⁂

Récompenses. — La Société nationale d'agriculture de France, dans sa séance publique annuelle, a accordé le prix Barotte (3,400 francs) à M. Pasteur pour ses découvertes sur les maladies contagieuses.

M. Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, a obtenu le prix Behage (1,000 fr.).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décisions ministérielles, en date des 12 et 13 juillet 1885, ont été désignés :

M. Challan, médecin principal de deuxième classe, pour l'hôpital de Vincenne ; MM. les médecins-majors de deuxième classe Cordier, pour le 47e d'infanterie ; Kleinpetter, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied ; Lafille, médecin aide-major de première classe, pour être attaché à la direction du service de santé du 1er corps d'armée.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 12 AU SAMEDI 18 JUILLET 1885.

Fièvre typhoïde 38. — Variole 1. — Rougeole 23. — Scarlatine 3. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 21. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 40. — Phthisie pulmonaire 138. — Autres tuberculoses 25. — Autres affections générales 68. — Malformation et débilité des âges extrêmes 38. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 45. — au sein et mixte 32. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 66. — de l'appareil circulatoire 50. — de l'appareil respiratoire 64. — de l'appareil digestif 57. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 30. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 875 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Observation d'une prétendue grossesse d'homme (inclusion scrotale), par le docteur de Saint-Donat et E.-H. Petit, in-8. — Prix : 75 c. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, par le docteur Pérochaud, in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la broncho-pneumonie dans la diphthérie, par le docteur Darier, in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, par le docteur Cohen, in-8 — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Contribution à l'étude des iodiques, leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination, par le docteur Duchesne, in-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le rein, dans ses rapports avec le diabète, par Inglessis. In-8, avec une planche. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1885, librairie Alex. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 31 — 1er AOUT 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SUTURE TENDINEUSE,
par HENRY BARBIER, interne des hôpitaux.

Pendant l'année 1884, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de suture des tendons, dans le service de notre maitre, M. le docteur Polaillon. Quelques-uns d'entre eux nous ont semblé présenter un intérêt particulier, tant au point de vue du résultat qu'au point de vue du manuel opératoire ; c'est sur ces points spéciaux que nous insisterons surtout. Bien que, parmi nos observations, il ne s'en trouve pas qui aient trait aux sutures des tendons pourvus de gaine, nous avons cependant réuni en un tableau les cas publiés jusqu'à ce jour, persuadé que la suture s'impose avec la même sécurité dans les deux cas.

Suture de tendons privés de gaines. — Les exemples de cette suture sont nombreux dans la littérature médicale, soit que la plaie soit récente (suture primitive), soit que la plaie se soit cicatrisée sans que le tendon ait pris part au processus réparateur (suture secondaire). Huit de nos cas se rapportent à cette catégorie.

Obs I. — PLAIE DU DOS DE LA MAIN. — SECTION DES TENDONS EXTENSEURS. — GUÉRISON APRÈS SUTURE.

Le nommé Al... (André), âgé de 23 ans, dessinateur, est amené à l'hôpital de la Pitié le 9 janvier 1884. Il entre salle Broca, lit numéro 46.

La veille au soir, en jouant, cet homme brise un carreau, dont les fragments lui font à la main une profonde incision. Une hémorrhagie assez abondante se déclare ; les personnes présentes l'arrêtent facilement et un pansement est appliqué.

Le lendemain, il se présente avec une plaie transversale du dos de la main, plaie dirigée de haut en bas et de dedans en dehors. Les bords en sont nettement tranchés ; sa longueur est de 5 centimètres environ. L'index, le médius, l'annulaire sont fléchis, et malgré ses efforts le malade ne peut les étendre. Il est bien évident alors, que la plaie intéresse les tendons extenseurs de ces trois doigts, ce dont on s'assure facilement par l'examen. On trouve alors l'extrémité inférieure de chaque tendon, tandis que l'extrémité supérieure, attirée en haut par la rétraction musculaire, ne s'aperçoit pas.

En présence de cet état, M. Polaillon se décide à suturer de suite les extrémités des tendons. Mais, comme on l'a vu, les bouts supérieurs ne sont pas au niveau de la plaie. Pour les atteindre, il pratique une incision libératrice, perpendiculaire à la plaie, dans la direction du muscle, et longue de quelques centimètres. En relevant les deux lambeaux triangulaires ainsi obtenus, il atteint facilement les extrémités tendineuses et les met en rapport anatomique avec leurs congénères.

M. Polaillon emploie, pour faire la réunion, du fil de catgut n° 0, et ces fils pénètrent chaque extrémité tendineuse à 1 centimètre environ de la surface de section. Par suite d'une contraction musculaire involontaire, la suture du tendon médius lâche, en divisant en deux l'extrémité tendineuse. On réapplique deux nouvelles sutures au catgut, une sur chaque portion.

La peau est ensuite réunie exactement au moyen de trois sutures métalliques, deux sur la plaie transversale, une sur la plaie opératoire, verticale.

Spray phéniqué, lavages avec la solution phéniquée au vingtième. Pansement de Lister, enveloppement ouaté. Une attelle palmaire maintient la main dans l'extension.

Aucun phénomène saillant n'a marqué la réunion et la cicatrisation, qui se sont faites normalement ; et le 24 janvier le malade, sur sa demande, allait en convalescence à Vincennes. A ce moment, il pouvait faire exécuter de légers mouvements d'extension aux doigts ; on constatait simplement des adhérences à la cicatrice cutanée.

Le 8 février, le malade est revenu se soumettre à notre examen. Les mouvements d'extension sont presque normaux ; ils sont cependant limités encore par des adhérences à la cicatrice cutanée. Il en est de même pour la flexion forcée, de sorte qu'au premier abord les mouvements des doigts sembleraient limités. Mais il est incontestable que les tendons se sont soudés, et il est permis d'espérer que, sous l'influence de l'exercice, les adhérences se relâcheront, et qu'ainsi la main reprendra sa mobilité.

Obs. II. — PLAIE DU DOS DE LA MAIN. — SECTION COMPLÈTE DU TENDON EXTENSEUR DE L'ANNULAIRE ET INCOMPLÈTE DE CELUI DU MÉDIUS. — SUTURE. — GUÉRISON.

Bal... (Jacques), charcutier, 31 ans, entre, le 11 février 1884, à la Pitié, service de M. Polaillon, salle Broca, n° 33.

La veille, en maniant un couperet mécanique, il se blesse à la main droite. L'hémorrhagie fut peu considérable.

Le lendemain de l'accident, il se présente à l'hôpital. On constate, sur la face dorsale de la main droite, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, une plaie transversale de quelques centimètres. Le tendon extenseur de l'annulaire est complètement sectionné ; celui du médius est à moitié entamé.

En plus, on constate que l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire est ouverte. Enfin, il existe au poignet, également sur la face dorsale, une deuxième plaie parallèle à la première, et ayant entamé l'aponévrose d'enveloppe, sans la dépasser.

Séance tenante, M. Polaillon pratique la ténorrhaphie. Des fils de catgut n° 1 sont appliqués sur les tendons ; en tout, trois sutures, dont deux pour l'annulaire ; et les extrémités tendineuses

sont affrontées bout à bout. La plaie étant lavée à la solution phéniquée forte, on réunit la peau par des sutures au fil d'argent. L'articulation ouverte est laissée telle quelle, l'immobilisation du doigt devant suffire à sa guérison.

Spray phéniqué. Pansement de Lister. Attelle pour immobiliser le membre dans l'extension. Enveloppement ouaté.

Quant à la plaie du poignet, elle est comprise dans le pansement.

Les phénomènes qui suivirent furent très simples. L'articulation ouverte se cicatrisa, mais il se développa une arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, arthrite qui rendait encore douloureux les mouvements de ce doigt à la sortie.

La plaie du poignet se réunit par première intention. Celle de la main, malgré la suture, suppura un peu. Il y eut pendant quelque temps un peu de rougeur à la base du médius, mais sans complication du côté de la main.

Le 2 mars, l'état était le suivant : les doigts sont légèrement fléchis dans la paume de la main; les mouvements d'extension des deux dernières phalanges se font bien; ceux de la première sont peu accusés, mais ils existent cependant, et on peut se convaincre que le tendon extenseur agit sur des insertions phalangiennes. Si les mouvements ne se font pas plus largement, c'est que l'arthrite du médius n'est pas encore guérie et que le jeu de l'article est très douloureux encore.

Le 4 mars, le malade demande à quitter l'hôpital. Il est évident que les tendons sont soudés, et que la complication articulaire empêche seule les mouvements d'être plus manifestes. D'ailleurs, la suture ne date que de vingt jours, et il pourrait être dangereux d'insister à une époque aussi rapprochée.

Obs. III. — Plaie des tendons du médius, de l'annulaire et du petit doigt. — Spasmes musculaires. — Guérison.

Bou... (Pierre), 26 ans, marchand de vin, entre, le 4 mars 1884, à la Pitié, service de M. Polaillon, salle Broca, lit n° 30.

Sans avoir d'habitudes alcooliques avérées, il prend souvent de l'alcool le matin à jeun. Dans la journée, il dit ne pas boire plus d'un litre de vin.

Le 3 mars, en mettant du vin en bouteilles, une bouteille se brise, et les éclats de verre lui font à la face dorsale de la main gauche une plaie intéressant presque toute la largeur de cette face. Une hémorrhagie peu abondante se déclara, et le pharmacien qui lui donna les premiers soins lui appliqua des compresses phéniquées.

A la visite du 5, on constate que les tendons extenseurs du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire ont été complètement sectionnés. La plaie ne donne plus de sang. La ténorrhaphie est décidée sur-le-champ.

Les extrémités périphériques sont au niveau de la plaie; quant aux extrémités centrales, fortement rétractées, on doit pratiquer, pour les découvrir, une incision libératrice de quelques centimètres, parallèle à l'axe des bras, et presque perpendiculaire à la première. Cette incision permet d'atteindre les tendons rétractés. M. Polaillon les suture alors avec le fil de catgut n° 1. Trois à peine des sutures sont-elles en place, que des contractions violentes et involontaires des muscles extenseurs arrachent les sutures, en effilochant les extrémités tendineuses.

A trois reprises différentes, et malgré les précautions les plus minutieuses, les tentatives échouent. Les extrémités tendineuses se trouvent divisées alors en franges, qui rendent les sutures ordinaires impossibles (1). Craignant en multipliant les manœuvres de provoquer la suppuration, M. Polaillon laisse les choses en l'état.

Spray. Pansement de Lister.

Le lendemain, nouvelle tentative ; le malade, qui n'avait pu être endormi la veille, est soumis aux inhalations de chloroforme. L'opération semble d'abord devoir marcher à souhait, lorsque, au dernier moment, alors que toutes les sutures sont en place, un violent spasme des muscles postérieurs de l'avant-bras arrache toutes les sutures, en attirant fortement en haut les tendons sectionnés. En présence de cette complication, et ne pouvant plus appliquer de points de suture sur les tendons effilochés, M. Polaillon les réunit en masse et les suture en faisceaux au moyen de ligatures latérales au catgut. Dans la crainte de complications inflammatoires en raison des recherches pénibles faites dans la plaie, il n'est appliqué qu'un seul point de suture métallique à la peau.

Spray. Pansement de Lister. Enveloppement ouaté. Attelle coudée pour produire l'extension forcée de la main.

Le soir, le malade, assez tranquille, accusait un peu de douleur au poignet, mais il n'avait ressenti aucun mouvement intempestif dans son bras.

On ne toucha pas au pansement avant le 25 mars, aucun phénomène inflammatoire ne s'étant manifesté. A cette époque, la plaie était en pleine activité de réparation et bourgeonnait activement à la superficie; très peu de suppuration. Les parties profondes ne présentaient aucune trace d'engorgement inflammatoire. On enleva le fil de suture cutanée.

Le pansement fut renouvelé deux fois dans les mêmes conditions, jusqu'au 8 avril. A cette date, le malade quitta l'hôpital pour aller en convalescence à Vincennes. La plaie cutanée était guérie, et les extenseurs correspondant aux tendons coupés faisaient exécuter aux doigts de légers mouvements. Il existait quelques adhérences avec la face profonde du derme, et d'autres qui unissaient les tendons entre eux.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Outre les spasmes musculaires, sur lesquels nous reviendrons, il est à noter que malgré les difficultés de l'opération, qui dut être tentée à deux reprises différentes, malgré des recherches laborieuses et des manœuvres répétées en plein foyer traumatique, malgré le procédé de ligature plus défectueux, la réunion des extrémités tendineuses se fit néanmoins, et la plaie suppura à peine à la superficie.

Les observations qui suivent m'ont été communiquées par M. Polaillon, et je saisis l'occasion de remercier cet excellent maître de la bienveillance si grande qu'il n'a cessé de me témoigner dans les deux années que j'ai passées dans son service.

Obs. IV. — Communiquée à la Société de médecine de Paris par M. Polaillon, le 26 mars 1881 (Résumé).

Le nommé Cass..., 46 ans, est entré le 24 janvier 1881 salle Broca, n° 16, à la Pitié. Le jour même, une scie à dents fines, circulaire, lui fait sur la face dorsale de la main droite une plaie longue de 8 centimètres, à bords assez nets, sauf au bord externe de la main, où elle se bifurque et où la section est mâchée. Après nettoyage de la plaie inondée de perchlorure de fer, on constate les lésions suivantes : flexion dans la paume de la main, de l'annulaire, du médius et de l'index, dont les tendons extenseurs sont coupés. Pansement de Lister.

Le lendemain, 25, suture des tendons avec du catgut; les surfaces tendineuses, étant un peu mâchées, sont ébarbées. Deux points de suture pour l'annulaire, un pour les autres doigts; cinq sutures métalliques à la peau. L'opération s'est faite sous un courant d'eau phéniquée; après quoi : pansement de Lister, appareil ouaté et extension forcée de la main.

Le 27, on procède au pansement et on enlève deux fils d'argent. Il y a un peu de gonflement des tissus du dos de la main.

Le 29, un nouveau fil est enlevé. Pas de réaction inflammatoire. Le gonflement a diminué.

(1) Dans les observations II et III, le travail manuel opératoire a été le même que dans l'observation I, quant au mode de suture employé.

Le 31, on enlève le reste des fils. Il y a un léger sphacèle en dehors.

Le 2 février, la plaie suppure un peu, mais à la surface seulement. Il n'y a pas de désunion dans la profondeur.

Le 14 février, le malade peut faire exécuter de légers mouvements à ses doigts. La plaie est presque fermée.

A la fin de mars, après quelques jours où les mouvements des doigts spontanés et provoqués avaient été douloureux, il est certain que la réunion des tendons s'est effectuée. Quelques adhérences de ceux-ci à la cicatrice cutanée gênent seules les mouvements.

Obs. V. — Communiquée par M. Polaillon (Résumé).

Le nommé Des..., 36 ans, menuisier, entre le 1er février 1882 salle Broca, lit 33, à la Pitié. Il porte sur la face dorsale du pouce droit, au niveau du premier métacarpien, une plaie transversale ayant intéressé le tendon long extenseur du pouce.

Le 2 février, suture du tendon avec du fil de catgut; suture de la peau avec trois fils d'argent. Pansement de Lister.

La plaie suppura un peu dans ses parties superficielles.

Le 24 février, le malade quitte l'hôpital. L'examen à cette époque montre la réussite de la suture tendineuse.

Obs. VI. — Communiquée par M. Polaillon (Résumé).

Le nommé Gon..., 26 ans, boucher, entre le 16 juin 1882 salle Broca, n° 40, avec une plaie de la face dorsale de la main droite produite par un couperet, et ayant intéressé le tendon extenseur du médius, qui est complètement sectionné.

Une heure après l'accident, suture du tendon avec deux fils fins de catgut; suture métallique de la peau. Pansement de Lister.

Le 26 juin, le malade demande à quitter l'hôpital; il fait exécuter quelques mouvements à son doigt. Pour plus de sécurité, on lui immobilise sa main dans un appareil.

Obs. VII. — Communiquée par M. Polaillon. (Résumé.)

Le nommé Vig..., 42 ans, menuisier, entre, le 10 mars 1882, salle Broca, lit 43, à la Pitié. Un coup de couteau lui a fait, à la face dorsale de la main gauche, au-dessous de l'articulation radio-carpienne, une plaie transversale ayant sectionné les tendons de l'index, du médius et de l'auriculaire.

Le 11 mars, après avoir fait sur l'avant-bras une incision libératrice, longue de 4 centimètres, pour rechercher les extrémités tendineuses, M. Polaillon fait la suture tendineuse avec quatre fils de catgut dont deux pour l'annulaire. Les incisions cutanées sont réunies au fil d'argent. Pansement de Lister.

Le 29 mars, le malade demande à quitter l'hôpital : les tendons se sont soudés, et la plaie cutanée s'est réunie par première intention.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

UN CAS D'ARTÉRITE PARIÉTALE, AU DÉCOURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE; MORT; par M. MAUBRAC, aide-major.

L'observation que nous rapportons a été recueillie à l'hôpital du Gros-Caillou, dans le service de M. le major Annesley.

Il s'agit d'un cas d'artérite typhoïdique. dont l'évolution clinique s'éloigne beaucoup de ce que l'on observe ordinairement. Les observations recueillies par Barié (REV. DE MED., 1884), assez comparables entre elles, sont toutes très différentes de la nôtre, ce qui nous engage à la publier.

A. R., 21 ans, était au déclin d'une fièvre typhoïde assez grave, à type abdominal; l'appareil cardio-pulmonaire avait été peu infinencé. Le pouls, oscillant entre 80 et 96, n'avait jamais atteint 100. On ne constata point de lésion valvulaire ou fonctionnelle du cœur, à peine au poumon droit un peu de congestion qui avait disparu depuis quelques jours. La température était descendue à 37° 8, et on pouvait, à bon droit, considérer le malade hors de danger, lorsque brusquement éclatèrent, au 31e jour, des accidents qui devinrent rapidement mortels.

Le premier signe qui attira l'attention fut de la fièvre ; sans cause appréciable, la température monta à 39° 6; l'examen ne fit, à ce moment, découvrir rien d'anormal; le malade n'accusait aucun point doulonreux. On ne trouva ni abcès, ni eschare, ni trouble digestif expliquant cette hyperthermie.

Voici la conrbe durant l'artérite :

	Température		Pouls	
	—		—	
1er jour............	M.	38° 2.. .	M.	92
—	S.	39° 4.....	S.	116
2e jour............	M.	40° 5.....	M.	124
—	S.	41° 4.....	S.	120
3e jour............	M.	41°	M.	1?4
—	S.	41° 5.....	S.	132
4e jonr............	M.	40° 4.....	M.	128
—	S.	48° 8.....	S.	124
5e jour............	M.	40° 4.....	M.	128

Le 2e jour, au matin, en pressant la jamhe gauche au niveau du mollet, nous réveillâmes nne douleur sourde, profonde, très supportable, sans modification de volume, de coloration, de température du membre, sans œdème ; le malade n'en souffrait pas spontanément.

Le 3e jour, le mollet était volumineux, rouge, très tendu et brûlant à la main; quelques veines dilatées couraient sous la peau. Les mouvements étaient devenus très douloureux; le pied était renversé en dehors, la jamhe, légèrement fléchie sur la cuisse, reposait sur sa face externe. La sensibilité était conservée au pied qui ne paraissait pas refroidi.

Traitement. — Onctions mercurielles et large cataplasme.

Les battements de la tibiale postérieure derrière la malléole interne, de la pédieuse, étaient très perceptibles. Sur le pied, les malléoles, la face interne du tibia, pas la moindre trace d'œdème.

Le 4e jour, le malade était un peu soulagé ; la douleur l'avait cependant empêché de dormir; la fièvre persistait toujours, intense ; le gonflement limité, le premier jour, à la région postérieure, avait envahi la région antérieure, et la jambe, dans sa moitié supérieure, était uniformément arrondie.

Le 5e jour, le mollet était à peu près dans le même état que la veille, plus volumineux encore (il existe une différence de 0 m.045 entre les deux jambes), tendu, très rouge, avec des réseaux veineux dilatés. Pas d'œdème. Léger épanchement dans l'articulation du genou. Les battements de la pédieuse étaient normaux ; ceux de la tibiale postérieure, très affaiblis, étaient encore perceptibles derrière la malléole. Jamais nous n'avons constaté de phlébite des veines que leur siège superficiel permettait d'explorer. A la palpation, on trouvait très nettement de la fluctuation profonde, et, bien que l'évolution parut anormale, on pensa qu'il existait peut-être un phlegmon profond. Avant de pratiquer une incision, on voulut s'assurer de la présence du pus par une ponction à l'aide du histouri ; or, trois ponctions que nous pratiquâmes profondément, en des points qui semblaient de fluctuation manifeste, ne donnèrent pas issue à la moindre goutte de pus, et, au lieu d'un écoulement sanguin qu'on attendait abondant, sur les lèvres de la plaie, firent hernie des fibres musculaires pâles, sèches, et un peu de sérosité sanguinolente s'écoula.

Le patient succombait quelques heures après. Deux heures avant la mort, la peau du membre était devenue marbrée, violacée, asphyxique, ceci surtout accusé sur la moitié supérieure de la jambe et la région du genou ; en même temps, des râles de congestion

envahissaient le poumon, et la mort par asphyxie terminait la scène.

Autopsie. — Sur l'intestin, lésions des plaques de Peyer en voie de cicatrisation ; ganglions mésentériques et rate tuméfiés ; reins et foie congestionnés, sains.

Congestion du lobe inférieur du poumon droit Au cœur, pas trace d'endocardite. Des caillots agoniques infiltraient les colonnes charnues ; nulle part caillot ancien ayant pu se fragmenter et donner des embolies.

Nous avons disséqué le membre inférieur gauche en entier. Voici les lésions que nous avons constatées : Peau marbrée, violacée, avec quelques grosses veines dilatées, pleines de sang liquide ; tissu cellulaire infiltré de sérosité contenant une énorme proportion de fibrine formant une couche épaisse de 0 m. 015, tremblotante et très claire. Cette infiltration se retrouve avec les mêmes caractères dans tous les interstices musculaires : entre les jumeaux et le soléaire, entre le soléaire et l'aponévrose profonde, entre le jambier postérieur et les fléchisseurs. A la région antérieure, surtout près du ligament interosseux, couche épaisse de fibrine coagulée repoussant les muscles entre lesquels elle s'infiltre. Cette fibrine donne la sensation de fluctuation encore sur le cadavre ; elle remonte jusqu'au creux poplité. L'articulation du genou présente une légère augmentation de liquide synovial parfaitement limpide. A la jambe, on trouve de la fibrine jusqu'au tiers inférieur, en particulier dans la gaîne des vaisseaux tibiaux postérieurs. Le tiers inférieur de la jambe, le pied, sont sains.

Les muscles sont pâles, exsangues ou à peu près Au-dessous du soléaire et y adhérant, séparé des vaisseaux tibiaux et péroniers par l'aponévrose profonde, existe un épanchement de sang coagulé, formant une couche variant de 0 m. 005 à 0 m. 01 d'épaisseur, et s'étendant de l'insertion supérieure du soléaire, remontant même sur les jumeaux, jusqu'à la moitié de la jambe ; cet épanchement est indépendant des ponctions pratiquées sur un point plus déclive où se trouve une épaisse couche de fibrine, mais où l'infiltration sanguine arrive à peine. De plus, cet épanchement sanguin n'est pas limité à la partie profonde du soléaire ; il suit des branches vasculaires et pénètre autour des vaisseaux dans les jumeaux et le soléaire. Sous l'aponévrose profonde, autour des vaisseaux péroniers et dans l'épaisseur du fléchisseur propre du gros orteil, dans la gaîne du paquet vasculo-nerveux tibial postérieur, cet épanchement de sang se retrouve avec ses mêmes caractères.

Le nerf tibial postérieur est rouge, infiltré de sang dans sa moitié supérieure.

La veine poplitée contenait un caillot rouge qui se prolongeait dans le tronc tibio-péronier, n'envoyant pas de prolongement dans la veine tibiale antérieure. Au niveau de la veine tibiale postérieure, le caillot devenait adhérent à la paroi sur une longueur de 0m,03. mais n'en oblitérait qu'incomplètement la lumière Une deuxième veine tibiale postérieure, plus petite que la précédente, contenait un caillet très mince de 0m,04 non adhérent. Sur des branches musculaires de la veine tibiale postérieure, nous avons trouvé deux déchirures longitudinales de 3 à 4 millimètres, oblitérées par un caillot ; la disposition et l'aspect de l'épanchement en nappe, avec ces prolongements poussés dans l'épaisseur des muscles, indiquait, pour cette hémorrhagie, des origines multiples.

Les artères fémorale, poplitée, le tronc tibio péronier, la péronière, ne présentaient pas de lésion ; pas de caillot.

La tibiale postérieure, dès son origine, sur une longueur de 6 centimètres, est rouge, très vascularisée, augmentée de volume ; ouverte, elle est diminuée de calibre ; deux petites plaques saillantes, rosées, reposent sur la tunique interne épaissie, ne pénètrent pas profondément, comme le montre une coupe examinée à la loupe : la tunique externe est épaissie, gélatiniforme. Adhérant à cette plaque, est un caillot rouge pâle, long de 0,m03, se prolongeant vers la partie inférieure, nettement formé sur place et nullement embolique.

Dans la partie située au-dessous, l'artère était saine et contenait du sang épais qu'a enlevé un léger filet d'eau.

Le membre du côté opposé était sain.

Point de varices profondes.

L'examen histologique de l'artère, au niveau d'une plaque, a montré un envahissement de la paroi tout entière par les globules blancs. La tunique interne était inégale, mamelonnée ; la tunique moyenne était également infiltrée de globules blancs, à peine séparable de la tunique externe, mais la périartérite était la lésion dominante.

Le début tardif de cette artérite pariétale, au trente et unième jour, alors qu'on était en droit de considérer la fièvre typhoïde comme terminée, sa localisation sur un membre inférieur, la jambe gauche, rentre dans le cadre tracé par Boné d'après l'analyse de 10 observations. Quant aux autres phénomènes, ils diffèrent essentiellement : c'est ainsi que la douleur à la face postérieure de la jambe n'a point été le phénomène initial ; la fièvre avait d'abord éveillé l'attention ; le deuxième jour seulement, en comprimant au hasard le membre inférieur, nous avons determiné une douleur profonde que le malade a ressentie spontanément quelques heures après seulement.

Le gonflement a atteint des dimensions inusitées ; il y avait entre les deux membres une différenee de plus de 4 centim. 1/2.

Enfin, cette sensation de fluctuation, due à la fibrine, l'épanchement dans la synoviale du genou, l'élévation locale de la température, la rougeur de la peau ont constitué une réunion de signes qui se rencontrent exceptionnellement dans un cas d'artérite. Joignons à cela une fièvre intense atteignant 41o5, un pouls filiforme, tres fréquent, l'aggravation extrême de l'état général, adynamie, congestion pulmonaire, et nous croirons avoir montré suffisamment combien notre observation s'éloigne du type ordinaire.

Le diagnostic d'artérite ne peut être mis en doute ; l'autopsie, l'examen histologique en ont fourni la preuve irrécusable.

Tous les accidents, épanchement sanguin, fibrineux, fièvre, sont consécutifs à l'artérite, pour nous cause première et unique. Nous tenterons quelques hypothèses pour en expliquer la pathogénie.

Tout d'abord, deux éléments peuvent être invoqués : « perturbation vaso-motrice locale considérable et travail phlegmasique par irritation des parois artérielles, le « tout sous l'influence de l'infection du sang (Barié). » Les troubles de l'innervation auraient joué le plus grand rôle ; ils expliquent, dans notre cas particulier, l'élévation locale de la température, la quantité et le siège de l'exsudat fibrineux épanché dans toute la circonférence du membre, jusque dans la loge antérieure de la jambe ; car cet exsudat est bien indépendant de la lésion veineuse qui a produit un gâteau coagulé et adhérent au soléaire. De pareilles lésions veineuses font défaut en avant du ligament interosseux, et cependant, là encore, très loin du siege de l'hémorrhagie, de la fibrine en couche épaisse se trouve dans les espaces intermusculaires.

Les ruptures veineuses sont-elles consécutives à une inflammation véritable de leurs parois ? (L'examen histologique n'a pas été pratiqué.)

Dans une veine tibiale, était un caillot adhérent ; mais l'épanchement sanguin, se continuant à travers quelques muscles, nous fait supposer que la cause primitive doit encore être une artérite siégeant sur des petites branches musculai-

res, déterminant des lésions analogues à celles trouvées par Hayem « dans les reins et la rate de certains typhiques, dont « l'origine était une endartérite primitive développée dans « l'épaisseur du parenchyme ». On aurait une espèce de myosite infectieuse, ou plutôt d'artérite infectieuse, avec hémorrhagie dans un muscle privé d'apport sanguin, d'où la sécheresse et la teinte pâle du tissu.

Ces phénomènes sont-ils suffisants pour expliquer une fièvre montant en trente-six heures de 38°,4 à 41°,4, persistant un jour entier au dessus de 41°, et au dessus de 40° jusqu'au moment de la mort, épuisant et tuant le malade?

On sait combien est facile l'ascension thermique chez un typhique qui touche à la fin de sa maladie, surtout s'il est très affaibli. Mais l'artérite est, dans le plus grand nombre des observations, apyrétique; la fièvre n'est signalée que dans deux des observations de Barié (toutes terminées par guérison), et cependant tous les malades étaient dans une situation analogue à celle de notre sujet, convalescents ou sur le déclin d'une fièvre typhoïde.

De cette observation, nous conclurons seulement que: L'artérite typhoïdique pariétale, outre ses symptômes propres et habituels, peut s'accompagner de l'ensemble des signes du phlegmon; le diagnostic devient alors plus difficile, et la fièvre intense qui se déclare peut entraîner la mort chez un sujet affaibli.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

I. SUR LES BACILLES DE LA SYPHILIS, par le professeur DOUTRELEPONT et le docteur J. SCHÜTZ (1). — II. NOUVELLES EXPÉRIENCES AVEC LE MICROCOCCUS DU PUS BLENNORRHAGIQUE, GONOCOCCUS DE NEISSER, par le docteur STERNBERG (2). — III. RECHERCHES SUR LE GONOCOCCUS (NEISSER), par le docteur O. OPPENHEIMER (3). — IV. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE LA CONSTANCE (DE FORME) DES SCHIZOMYCÈTES (*coccobacillus zymogenus* et *bacterium termo*), par le docteur PH. BIENERT (4). — V. TENTATIVE DE BACTÉRIOTHÉRAPIE, par le professeur CANTANI, de Naples (5). — VI. SUR LE CONTAGE DE LA PÉRIPNEUMONIE INFECTIEUSE DE L'ESPÈCE BOVINE, par le professeur A. LUSTIG, de Hanovre (6). — VII. LE CONTAGE DE L'*influenza* (DIATHÈSE TYPHOÏDE) DES CHEVAUX, par le même (7).

I. MM. DOUTRELEPONT et SCHÜTZ rappellent que von Lorstorfer, Klebs, Aufrecht, Birch-Hirschfeld, Martineau, ont publié successivement les résultats d'observations tendant à établir la découverte de micro-organismes, que ces auteurs considéraient comme le germe contage de la syphilis. Plus récemment, Lustgarten (de Vienne) a fait une communication préalable, pour signaler la découverte de bacilles présumés pathogènes, dans des fragments de chancres indurés et dans une gomme. A ce propos, les deux auteurs ont fait part à la Société des sciences naturelles et médicales de Bonn, des résultats de leurs propres recherches concernant la découverte du micro-organisme spécifique de la syphilis. Dans des préparations histologiques provenant d'un chancre induré, de deux condylomes plats, d'une papule et d'une gomme syphilitiques, ils avaient réussi à mettre en évidence des bacilles qui ressemblaient comme forme et comme dimensions aux bacilles de la lèpre et à ceux de la tuberculose. Aujourd'hui, MM. Doutrelepont et Schütz font connaître en détails la technique qui permet de faire la recherche de ces bacilles dans les meilleures conditions de succès. Voici les renseignements fournis sur ce point:

Les produits syphilitiques destinés à cette recherche sont coupés en fragments très menus et déposés pendant plusieurs jours dans de l'alcool absolu. Au moment où on se propose de faire une coupe microscopique, on fait ramollir dans l'eau pendant dix minutes environ, un de ces fragments durcis, puis on le place sur la plaque métallique du microtome à glace, recouvert de quelques gouttelettes d'eau, de façon à faire congeler la masse. On fait des coupes aussi minces que possible, qu'on trempe dans une solution de chlorure de sodium à 1/2 pour 100, et qu'on étale ensuite soigneusement les unes après les autres dans un godet contenant de l'alcool absolu. On les laisse séjourner dans ce liquide jusqu'à ce qu'il ne s'en dégage plus de bulles de gaz. Après quoi, on les colore en les faisant séjourner pendant vingt-quatre à quarante-huit heures dans une solution de violet de gentiane à 1 pour 100. Pour décolorer les coupes, on agite chacune d'elles pendant quelques secondes dans un mélange d'acide nitrique et d'eau (1 pour 15) et on les dépose ensuite dans de l'alcool à 60°, qu'il faut renouveler lorsqu'il s'est saturé de matière colorante, ce qui a lieu très rapidement. Les coupes, qui ont alors une teinte d'un violet pâle, sont introduites dans une solution faible, transparente, de safranine, fraîchement préparée. Quelques minutes suffisent pour que les coupes se colorent en rouge intense. On les met en contact avec de l'alcool à 60° pendant quelques secondes, puis pendant le même espace de temps avec de l'alcool absolu. On les lave à l'essence de cèdre et on les examine dans le baume de Canada. Les bacilles sont colorés en bleu, le tissu ambiant et principalement les noyaux en rouge clair. Les bacilles, qui ont les dimensions de ceux de la lèpre et de la tuberculose, comme il a été dit plus haut, sont pour la plupart rectilignes, d'autres, légèrement incurvés ou contournés sur leur axe; çà et là ils présentent des points plus grêles (sporee?), plus rarement, vers les extrémités, des saillies noueuses. Ils sont tantôt isolés, tantôt réunis par groupes (jusqu'à huit). D'une façon générale, ils existent en petit nombre dans une même préparation.

Les deux auteurs ajoutent que les dessins publiés récemment par Lustgarten (1) tendent à établir l'identité des bacilles découverts par le médecin de Vienne avec ceux dont il vient d'être question.

II. M. STERNBERG avait fait dès 1882, sur lui et sur d'autres personnes, des tentatives d'inoculation du gonococcus de Neisser, du microbe que ce dernier considère comme étant le germe organisé de la blennorrhagie (2). Ces tentatives avaient

(1) DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1885, n° 19, p. 320.
(2) MEDICAL NEWS, 1884, n° 16.
(3) ARCHIV FÜR GYNÆKOLOGIE, t. XXV, fasc. 1.
(4) VIRCHOW'S ARCHIV, t. C, fasc. 3, p. 419, 1885.
(5) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WISSENSCHAFTEN, 1885, n° 29.
(6) Ibidem, n° 12.
(7) Ibidem, n° 23.

(1) Lustgarten. *Die Syphilisbacillen*. Wien, 1885.
(2) A. Neisser. *Ueber eine der Gonorrhœ eigentümliche Micrococcusform*. CENTRALBLATT FÜR DIE MEDICIN. WISSENSCHAFTEN, 1879, n° 28.

échoué. Dans l'intervalle, Bockard (1) a réussi à communiquer une urétrite blennorrhagique à un malade atteint de paralysie générale, en lui injectant dans l'urètre une culture (quatrième génération) du gonococcus de Neisser. Ce résultat n'a pas convaincu M. Sternberg, qui a fait cette objection : que le produit d'une quatrième génération peut renfermer encore le principe virulent contenu dans la matière ensemencée et distinct des micro-organismes vivants, surtout quand les cultures ont été faites dans des milieux solides. M. Sternberg a ensemencé du pus blennorrhagique dans des solutions de peptone de viande et sur de l'agar-agar. Il a enduit de petits tampons d'ouate avec les produits des neuvième et onzième générations. Ces tampons ont été introduits et maintenus pendant des heures dans l'urètre d'hommes en bonne santé, sans occasionner la moindre réaction. Les micrococques qui constituent ces cultures ne sont donc pas virulents par eux-mêmes.

M. Sternberg objecte encore que le gonococcus de Neisser ne diffère, ni quant à ses caractères morphologiques, ni quant aux formes qu'affectent les îlots de culture, des micrococques contenus dans le pus frais d'un abcès.

III. Pour élucider la question, très controversée, des rapports de l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés avec les écoulements vaginaux des femmes en couches, M. Oppenheimer a recherché le gonococcus de Neisser dans la sécrétion vaginale chez 108 femmes enceintes; résultat positif dans 30 cas. Dans un grand nombre de cas, il a été possible de prévoir, à première vue, le résultat que donnerait l'examen histologique; c'est-à-dire que quand le mucus était vitreux, visqueux, de couleur grisâtre, qu'il se desséchait rapidement à l'air, il ne contenait presque jamais de coccus; ceux-ci existaient presque toujours dans les échantillons du mucus blanc jaunâtre, liquide, lent à se dessécher, et alors le produit de l'écoulement lochial renfermait également des gonococcus. La fréquence relativement grande avec laquelle on rencontre ce microbe dans la sécrétion vaginale des femmes enceintes, porte M. Oppenheimer à conclure que l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés est toujours une conséquence de la gonorrhée chez la mère. L'ophtalmie ne se rencontre pas d'ailleurs forcément chez tout nouveau-né dont la mère a un écoulement suspect, et cela pour des raisons faciles à comprendre.

L'auteur a fait des cultures du gonococcus, pour rechercher par quels agents on peut détruire sa vitalité. Il est arrivé à ce résultat, que le gonococcus de Neisser oppose une grande résistance aux agents chimiques. Le sublimé (1/2 000), et la créosote (1/20), sont doués d'une action parasiticide, qui fait défaut aux autres préparations métalliques et aux remèdes anti-blennorrhagiques en général. Cependant, ceux-ci peuvent agir efficacement, dans les cas de blennorrhagie, en imprimant à la muqueuse urétrale des modifications qui la rendent impropre à servir de milieu de culture au gonococcus.

IV. M. Biedert a fait des expériences de culture, pour étudier le bacille en forme de virgule qui se trouve en suspension dans la salive normale. Incidemment, il a isolé une nouvelle variété de schizomycètes qu'il a pu obtenir à l'état pur. En poursuivant les cultures de ce microbe, il a été amené à faire une constatation qui constitue un nouvel argument en faveur de l'opinion des bactériologistes suivant laquelle un même schizomycète peut présenter des formes très variables.

Jusqu'ici, les changements de forme d'un même micro-organisme avaient été observés sous l'influence des modifications du milieu de culture. Dans les expériences de Biedert, ce polymorphisme s'est manifesté dans d'autres circonstances; le microbe dont il a été question plus haut pouvait être à volonté obtenu à l'état de coccus, de bacille ou de filament allongé, suivant que les ensemencements étaient faits à l'état de culture intensive ou à l'état de grande dilution. L'auteur incline à croire que le plus ou moins grand nombre de microbes qui germent dans une même quantité de gélatine influe sur leur forme, non point mécaniquement, mais par l'intermédiaire des produits de décomposition que ces microbes mettent en liberté. Suivant que ces produits existent dans le milieu de culture à l'état de concentration ou de dilution, le microbe réalisera tel ou tel type morphologique, tout en conservant d'autres caractères fixes (forme des colonies, odeur dégagée par les cultures, aptitude ou inaptitude à liquéfier la gélatine de culture).

V. Partant de ce fait que certaines bactéries détruisent d'autres microbes pathogènes dans un même milieu de culture, le professeur Cantani (de Naples) a eu l'idée d'utiliser cet antagonisme, pour détruire le bacille de la tuberculose dans les poumons d'un phtisique, en faisant pénétrer dans les voies respiratoires du malade, au moyen du pulvérisateur, des cultures du *bacterium termo*. Préalablement, il s'est assuré par des expériences sur des animaux, de l'inocuité de la présence de ce microbe dans les tissus, au moyen d'inoculations dans les conjonctives, d'injections poussées dans l'estomac, dans l'intestin et sous la peau, et aussi au moyen d'inhalations et de pulvérisations. Puis, le 23 avril de l'année courante, il résolut d'expérimenter sur une femme de 42 ans, dont le père était mort d'une maladie de poitrine et qui présentait les signes d'une excavation volumineuse siégeant dans le lobe supérieur du poumon gauche. Cette femme était en proie à des accès de fièvre vespérale; elle toussait, elle rendait des crachats purulents, lesquels tenaient en suspension des fibres élastiques et des bacilles de Koch en très grand nombre. Sa température vespérale oscillait entre 38 et 39°; la quantité des crachats rendus dans les vingt-quatre heures était de 75 à 90 cent. cubes. Le poids corporel de la malade s'était abaissé en peu de temps de 41 kilogr. 900 à 39 kilogr., malgré un régime réconfortant appuyé par l'administration des toniques (quinquina, huile de foie de morue, etc.). Des animaux auxquels on avait inoculé des crachats rendus par cette femme ont présenté au bout de très peu de temps des signes de tuberculisation locale et générale, sur la nature desquels l'autopsie ne laissa subsister aucun doute.

Le 4 mai, on commença à soumettre cette femme à des inhalations d'une culture pure du bacterium termo, culture faite dans de la gélatine diluée avec du bouillon. L'expectoration diminua rapidement, jusqu'à cesser d'une façon complète; à mesure que diminuait l'expectoration, les crachats renfermaient de moins en moins des bacilles de la tuberculose, qui étaient remplacés par les bacilles termo. Le 1er juin, les bacilles de Koch avaient complètement disparu des crachats. La fièvre diminua également et dans les derniers jours de l'observation, la température vespérale n'atteignait plus 38°. Le poids corporel était de 39 k. 600. La malade se sentait plus forte, elle avait meilleure mine; son état général était plus satisfaisant. Les crachats qu'elle rendait en dernier lieu

(1) Voir Gazette médicale de Paris, 1882, no 51, p. 645.

ont été inoculés à des animaux, sans déterminer des manifestation de la tuberculose.

M. Cantani estime que ce mode de traitement donnera de bons résultats, dans les cas de tuberculose récente, lorsque la lésion est encore peu étendue et superficielle. Il espère que sa tentative sera répétée avec succès pour obtenir la guérison d'antres affections locales d'origine parasitaire, dont les éléments pathogèniqnes se comporteut comme le bacille de la tuberculose, quand on le met en conflit avec le bacillus termo.

VI. Le professeur Lustig, de Hanovre, a fait des recherches dans le but de découvrir le microbe pathogène de la pneumonie contagieuse de l'espèce bovine. Il a ensemencé dans des milieux de culture appropriés, des fragmente de poumons provenant de parties en état d'inflammation récente, et de la lymphe tirée du tissu conjonctif interlobulaire de ces foyers inflammatoires. Il a réussi à isoler à l'état de cultnres pures quatre variétés de microbes, à savoir :

1° Un bacille qui liquéfie la gélatine de cnlture et qui forme, sur les confins de la zone liquéfiée, des amas pulvérulents d'un gris blanchâtre. Une fois qne la gélatine est fluidifiée en totalité, le fond du verre à réactif est occupé par un dépôt pulvérulent de même nature. La gélatine liquéfiée qui se trouve au-dessns tantôt conserve sa teinte jaune naturelle avec un aspect trouble, tantôt, mais plus rarement, elle est presque décolorée et claire, d'autres fois elle présenté nne teinte rouge ou verte avec une transparence variable. Ces variations de teinte dépendent des proportions dans lesquelles les autres variétés de microbes dont il va être question se trouvent dans les matières ensemencées. Les microbes de la première espèce prédominent toujours comme nombre et finissent par détruire ceux des autres espèces ; ils se présentent sous la forme de bâtonnets épais et courts.

2° Un microcoque qui ne fluidifie pas la gélatine et qui forme à la surface de celle-ci un dépôt semblable à du blanc d'œuf. La gélatine est peu à peu absorbée par les progrès de cette culture.

3° Un microcoque ayant des analogies avec celui de la variété précédente, dont il se distingue par la teinte janne d'or des amas qu'il forme.

4° Un microcoque qui forme des amas colorés en jaune orange à la surface de la gélatine de culture, avec un aspect cireux. Comme ceux des deux premières variétés, ce microcoque ne fluidifie pas la gèlatine. Traneplanté sur des tranches de pommes de terre, il végète mieux. Quand on colore les cultures avec du bleu de méthyle, on constate qu'elles sont constituées presque exclusivement par des microcoques de très petites dimensions, les uns isolés, les autres accouplés sous forme de diplocoques, ou en plus grand nombre de façon à revêtir l'aspect de bactéries.

Les inoculations faites sur une génisse avec les cultures des trois premières variétés de microbee n'ont donné que des résultats négatifs. Des inoculations faitee avec des cultures de la quatrième variété, à la région thoracique et à la racine de la queue, ont déterminé des accidents locaux, c'est-à-dire la formation de deux tumeurs, l'une du volume d'un œuf d'oie, l'autre (à la racine de la queue), dn volume d'un œuf de pigeon, tumeurs sous-cutanées, qui se sont résorbées spontanément. D'autre part, en ensemençant le suc extrait du parenchyme pulmonaire d'animaux sains, M. Lustig à réussi à obtenir des cultures pures des microbes dee troie premières variétés, jamais des microbes (de conleur jaune orange) de la quatrième. Ce sont ces derniers qne M. Lnstig se croit autorisé à considérer comme représentant le germe de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine.

Dans une note additionnelle, l'auteur fait savoir que d'après des observations plus récentes, les cultures toute fraîches du microbe jaune orange sont constituées en majeure partie par des bacilles. Ceux-ci présentent des pointe d'une coloration plus foncée (formation de spores). Ils sont courts, épais, animés de mouvements très vifs.

VII. Parallèlement à ces recherches, M. Lustig en a poursuivi d'autres, dans le but de découvrir le microbe pathogène de l'*influenza* des chevaux. Des ensemencements ont été faits avec du snc extrait des poumons de chevaux atteints de cette maladie, avec l'exsudat pleurétique, le mucus nasal et le sang. Comme milieux de culture, on a utilisé la gélatine, le sérum de sang de cheval, des tranches de pommes de terre. M. Lustig a réussi à obtenir des cultures pures de six variétés de microbes. Celle qu'il considère comme étant le germe de l'influenza des chevaux forme des cultures dont la teinte varie entre le jaune clair et le jaune citron, d'un aspect mat. Les ilots se développent en largeur, en poussant des expansions arrondies ; en même temps les ilots creusent en profondeur, avec plus de rapidité au centre qu'à la périphérie, de telle sorte que quelques-unes des cultures obtenues par M. Lustig avaient la forme de rosaces amincies vers les bords. Ces cultures végètent avec une grande lenteur, plus rapidement dans la gélatine que dans le sérum du sang de cheval. Les cultures ont besoin, pour réussir, du contact de l'air, c'est-à-dire qu'elles sont conetituées par un microbe aérobie, lequel a la forme d'un bacille arrondi, de très petite dimension. Inoculé sous la peau de la région pectorale d'un cheval de quatre ans, une culture de ce microbe a occasionné un œdème inflammatoire très douloureux. Cet œdème a abouti à la formation d'une tumeur circonscrite, qui est devenue indolente, et qui a fini par s'ouvrir spontanément en deux points. Les onvertnres ont donné issue à de la lymphe rosée, mélangée de flocons jaunes et blanchâtres. Ce résultat démontre nniquement que la matière inoculée était douée de propriétés pathogènes. M. Lustig va plus loin. Il considère les bacilles ovoïdes dont il a été question comme étant l'élément pathogène de l'influenza des chevaux.

E. Ricklin.

(A suivre.)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Alimentation des enfants. — L'alimentation de la première enfance intéresse à la fois l'hygiéniste, le praticien, l'économiste ; c'est donc bien une question de l'importance la plus haute et qui doit préoccuper aussi les familles.

Après de nombreux essais, l'observation scientifique aidant, on a reconnu que, dans les trois ou quatre premiers mois, rien ne pouvait remplacer le lait. Cette constatation a une cause anatomique : à cette période de la vie, certaines parties accessoires des organes digestifs de l'enfant sont encore à l'état embryonnaire. Cette absence de développement s'oppose à la digestion et à l'assimilation des substances alimentaires usuelles, même de celles qui, par leur composition chimique, se rapprochent le plus du lait, comme les farines et les fécules.

Nous voyons, en effet, tous les jours, l'emploi immodéré de ces

produits occasionner des dyspepsies, des diarrhées vertes et d'autres accidents intestinaux chez les jeunes enfants.

Pendant cette période de la vie, l'enfant, privé de sa mère ou d'une nourrice, ne peut guère supporter que le lait de vache coupé, légèrement sucré, de manière à lui donner approximativement la composition du lait de femme.

En Angleterre, en Allemagne et en Suisse, on a recommandé, depuis longtemps, de substituer à l'eau, pour cette opération de coupage, la décoction légère de *gruau d'avoine* que ses propriétés nutritives et adoucissantes désignent tout naturellement pour cet usage.

Dans les pays septentrionaux, la tisane et la décoction d'*avoine* sont les boissons habituellement prescrites par les médecins aux malades atteints de phlegmasies aiguës, notamment des voies digestives. Or, si le *gruau d'avoine* convient aux estomacs et aux intestins malades, irrités ou fatigués, il était logique d'admettre que sa décoction serait bien supportée par les voies digestives des petits enfants.

L'expérience des praticiens confirme tous les jours cette démonstration : les organes si délicats de l'enfant s'accommodant à merveille du *gruau d'avoine*, ce fait devait amener les médecins à conclure que l'*avena* était le meilleur aliment de transition pour la période pendant laquelle le nourrisson commence à recevoir d'autres aliments que le lait.

Tout le monde sait que l'*avoine* (*avena sativa*) appartient à la famille des graminées. C'est la semence *mondée* de cette céréale qui constitue le *gruau*.

En Provence, dans une partie du Midi, cette semence dégagée des matières hétérogènes et impures, mondée en un mot, est appelée *avena*. Mélangée avec du sucre et du lait, elle sert à faire des *crêmes* et des *bouillies*, dont les propriétés substantielles et digestives sont unanimement reconnues.

Parmi les farines aujourd'hui si répandues, la *Farine Morton* occupe incontestablement le premier rang. Le gruau concassé et moulu avec un soin spécial fait de la *Farine Morton* une préparation de premier ordre, se recommandant aux praticiens et aux familles par ses propriétés analeptiques et adoucissantes.

On ne peut être surpris des résultats universellement appréciés de cette préparation si on se rapporte à la composition de ce délicieux produit. En effet, l'analyse a démontré par les nombreux travaux de plusieurs chimistes, que la *Farine Morton* se rapproche, par les éléments qui la composent, du lait de femme, attendu qu'elle renferme, comme ce dernier, du *phosphate de chaux*, du *fer*, etc.

D'un goût extrêmement agréable, d'une digestion facile, ne produisant jamais la diarrhée chez les enfants, mais, au contraire, la combattant avec un très grand succès, la *Farine Morton* a détrôné pour toujours les produits similaires et rivaux.

Contenant 70 0/0 de matières nutritives, elle est préférable à toutes les autres semences, non seulement pour les enfants bien portants, mais pour ceux qui sont atteints de dyspepsies, affections si communes dans le jeune âge.

Dans ces derniers cas, et depuis plusieurs années, chargé du service d'inspection des enfants du premier âge, j'en ai bien souvent retiré des effets qui méritent d'être relatés.

J'ai constaté, dans plusieurs affections des voies digestives, notamment dans les diarrhées estivales, que l'estomac des jeunes enfants ne pouvait supporter aucun liquide nourrissant. La *Farine Morton*, loin d'être rejetée, est au contraire parfaitement supportée et triomphe bien souvent là où des médicaments habituellement conseillés ne produisent que des insuccès.

On sait combien est répandu l'usage du pain d'avoine dans les comtés du Nord de l'Angleterre, dont les habitants sont connus par leur force physique remarquable. Les robustes montagnards de l'Ecosse ne mangent pas d'autre farine.

Sa saveur, qui se rapproche de celle de la noisette, provient d'une substance aromatique à odeur fragante, rappelant celle de la vanille. Ce principe est renfermé dans le *péricarpe* ou tissu qui enveloppe la graine; c'est à ce principe qu'il faut attribuer l'action stimulante de la farine d'avoine.

D'après les plus récentes analyses, la *Farine Morton* contiendrait sur 100 parties les éléments suivants :

Huile grasse	2 00
Matières extractives	8 20
Gomme	2 50
Substances albuminoïdes	4 30
Fécule	59 00
Eau et pertes	24 00
	100 00

D'après plusieurs essais auxquels je me suis livré, j'ai trouvé dans les cendres de : la silice, des carbonates de chaux et de magnésie, de l'alumine, des oxydes de fer et de manganèse.

On le voit, la *Farine Morton*, par sa composition, par ses propriétés analeptiques, pectorales et adoucissantes, est l'aliment par excellence dans l'hygiène infantile.

C'est une préparation incomparable et qui occupe, d'une façon incontestée, le premier rang parmi les produits similaires.

Dr Blanc Aillaud,
Médecin-inspecteur des enfants du premier âge.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dyspepsie et dyspeptiques. — Etude pratique sur les maladies de l'estomac et des organes digestifs dans leurs rapports avec la dyspepsie. — Traitement alimentaire. — Médication proprement dite, par le docteur J. Seure, 1 vol. de 512 pages. — Coccoz, Paris, 1885.

L'estomac, réservoir musculo-membraneux, tapissé de glandes sécrétantes, possède des vaisseaux et des nerfs spéciaux. Ces derniers, particulièrement nombreux, permettent de comprendre le retentissement exercé par ses maladies sur le système nerveux central, et consécutivement sur l'économie toute entière. Excités par l'arrivée des aliments, ils déterminent un afflux sanguin qui, poussé trop loin ou entretenu trop longtemps, de passager devient permanent, avec troubles, souffrances indéfinissables, dus à une chymification lente, incomplète, et la *dyspepsie* est créée. Ainsi s'expliquent l'alanguissement de la fonction et, à la longue, la formation de l'ulcération, la production de la dilatation, voire même l'apparition du cancer.

Ces quelques considérations autorisent à faire table rase des divisions innombrables dont l'affection a été l'objet, pour ne conserver que celles basées sur la physiologie expérimentale et l'anatomie pathologique.

La dyspepsie stomacale exerce son influence sur les diverses parties du tube digestif : modification dans les sécrétions muqueuses, épithéliale et salivaire, perversion du sens du goût,... Contractions intestinales tantôt exagérées, tantôt ralenties; dilatation des vaisseaux, diarrhée simple, lientérie,... Points douloureux sur le trajet des colons, constipation, colite pseudo-membraneuse, ulcérations, contractures.... Congestion physiologique du foie pouvant devenir pathologique, obstruction du canal cholédoque, stase biliaire, ictère, crises hépatiques.... Rétention et résorption du suc pancréatique....

Quant aux symptômes observés, ils sont complexes, ainsi que permet de le prévoir la solidarité établie par le système nerveux viscéral entre le canal alimentaire et les autres or-

ganes : souffrances stomacales et intestinales, météorisme.... Sécheresse de la bouche, enduit saburral, pharyngite glanduleuse.... Appétit diminué, augmenté, perverti.... Digestion pénible, régurgitations, vomissements.... Sommeil lourd, nuits agitées.... Vertiges, hallucinations des sens, palpitations, angoisses de poitrine ... Elimination exagérée d'urée, de phosphates, de chlorure ; amaigrissement chez les sujets nerveux, symptômes propres aux dyspepsies compliquées d'ulcères, de dilatation, de cancer.

Les relations provoquées par le système nerveux ganglionnaire entre l'estomac, l'intestin, le cerveau, les viscères abdominaux et thoraciques, rendent compte des phénomènes dyspeptiques journellement observés dans les affections chroniques cérébrales, cardiaques, pulmonaires, hépatiques, rénales, vésicales et utérines. Mais ces troubles digestifs, qu'il ne faudrait pas confondre avec la dyspepsie vraie, ne sont ici qu'un épiphénomène disparaissant avec la maladie principale. L'on devient dyspeptique par l'estomac rempli d'aliments inappropriés ou de substances nuisibles ; par l'intestin irrité, lésé, déplacé, tordu ; par le cerveau surmené.

Les troubles passagers, que l'affection fait naître dans le fonctionnement des autres organes, peuvent donner lieu à de véritables maladies locales ou générales. C'est ainsi que la dyspnée prendra, chez certains, les allures de vrais accès d'asthme et que, suivant quelques auteurs, la tuberculose pourra survenir.....

La dyspepsie étant de tous points une question d'hygiène, c'est par des infractions à ses lois qu'on la contracte ; c'est par leur observation qu'on la prévient et qu'on la guérit. Les succès obtenus à Carlsbad ne doivent guère être rapportés à autre chose qu'au régime diététique rigoureusement suivi.

A l'exemple de Chomel, le médecin doit indiquer d'une façon précise non seulement la qualité et la quantité des aliments à consommer, mais souvent la technique de leur préparation. Et nous espérons bien qu'il ne saurait venir à l'esprit de personne de critiquer, en l'espèce, l'exposition détaillée de tels ou tels procédés culinaires. Croirait-on déchoir parce que l'on indiquera avec détails les substitutions à faire aux recettes plus ou moins compliquées des manuels de cuisine, alors que tous les jours nous inscrivons dans nos ordonnances pharmaceutiques, non seulement le nom et la dose du médicament principal, mais encore son véhicule, son adjuvant et son correctif ? On ne pourrait trop insister sur les détails, et, puisque, dans l'affection qui nous occupe, le médicament n'est autre que l'aliment lui-même, il faut agir comme dans toutes les autres maladies et faire connaître la préparation des mets conseillés, les substances alimentaires qu'on peut y ajouter soit pour en rendre le goût plus agréable, soit pour en augmenter les qualités nutritives sans dommage pour l'organe lésé. D'où la nécessité d'une espèce de code alimentaire applicable aux différentes formes, aux différents degrés de l'affection.

Afin de rendre plus intéressant le sujet dont nous venons de donner une analyse malheureusement trop rapide et forcément incomplète, des incursions ont été faites dans le domaine de la clinique, et des observations aussi nombreuses qu'instructives ont été consignées.

Dans le même but, une étude sur Voltaire dyspeptique a été intercalée au bon milieu de l'ouvrage. C'est là que l'auteur nous convie au repos, pour savourer à loisir les si « nombreux passages pleins de finesse et de réalisme, de vérité et d'exagération, de crédulité et d'ironie, d'espérance et de découragement, extraits sous forme de récit de la volumineuse correspondance du plus spirituel de nos écrivains. » Sa longue vie n'est qu'une plainte résumée dans cette phrase écrite le 6 août 1760, dans une lettre adressée à Mme du Deffand et placée avec un réel à-propos en épigraphe par l'auteur, ancien dyspeptique lui-même : « On n'est réellement malheureux que quand on ne digère point ! »

Le livre de M. Seure, des mieux conçus et des plus utiles, a sa place toute marquée sur la table du praticien. Et comme la forme littéraire, d'une clarté et d'une élégance vraiment remarquables, captive le lecteur, le dyspeptique lui-même tirera profit de conseils sagement formulés. Il y perdra peut-être la manie de se droguer et de croire si volontiers aux marchands d'orviétan qui ont intérêt à entretenir le mal en prétendant le guérir.

Ch. Amat.

REVUE DES THÈSES

L'anasarque sans albuminurie. — Essai sur quelques variétés d'anasarque sans albuminurie. — (Thèse pour le doctorat, par M. G. Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1885.)

L'hydropisie et l'albuminurie, longtemps considérées comme liées à une lésion rénale, tendent, grâce à de nombreux travaux de clinique et de physiologie, à être séparées l'une de l'autre ; et les cliniciens reviennent aujourd'hui à la division des hydropisies, admise avant les recherches de Bright, en hydropisie avec albumine et hydropisie sans albumine.

C'est cette dernière forme d'hydropisie dans laquelle l'examen des urines ne permet pas de trouver de l'albumine, que s'est proposé de traiter M. Colleville. Interne des hôpitaux de Paris, il a pu, dans les divers services où il a passé, suivre un certain nombre de malades, dont les observations, recueillies d'une façon précise et scientifique, viennent confirmer l'existence de l'anasarque sans albuminurie. — Cette anasarque n'est peut-être pas admise par tous les auteurs, et a donné lieu à un grand nombre de discussions. Cependant nous croyons devoir y insister, parce que cette question, incomplètement résolue, tend à devenir plus claire chaque jour ; et l'intéressant travail de M. Colleville vient apporter de nouvelles preuves.

M. Colleville divise les anasarques sans albumine en plusieurs groupes : 1° l'anasarque *a frigore* ; 2° l'anasarque rhumatismale ; 3° l'anasarque de la néphrite intestitielle ; 4° l'anasarque de certaines cachexies.

Avant de commencer l'étude de l'anasarque a frigore, l'auteur rappelle les expériences sur lesquelles reposent les hydropisies de cause nerveuse. Longtemps avant les découvertes de C. Bernard sur l'existence des vaso-moteurs, les cliniciens expliquaient ces hydropisies par la vieille théorie de la stase veineuse, édifiée par Lower. Lower, puis, plus tard, Bouillaud voyait apparaître, après la ligature de la veine-cave, un œdème des membres postérieurs et un épanchement dans la cavité péritonéale. Cette expérience, reprise par Hodgson (1815) ne donne pas les mêmes résultats ; l'oblitération de la veine fémorale n'est pas suivie d'infiltration sous-cutanée. Laycock, soupçonne le rôle des centres nerveux ; il fait entrer la ques-

tion dans la voie de la vérité, en admettant les hydropisies nerveuses.

Mais c'est grâce aux expériences de Ranvier (1869) que la question est bien connue. La ligature des veines seule ne donne aucune transsudation sons-cutanée ; si, à cette ligature, on joint la section dn nerf sciatique correspondant, un œdème considérable apparaît. Ces expériences furent plus tard confirmées par celles de Bordaert (1872), de Hebn (1873), de Rott (1874).

MM. Strauss et Duval arrivent à produire l'œdéme en ligaturant la veine-cave inférieure et la crurale ; par cette double ligature, l'élévation de la pression du sang dans les capillaires est suffisante pour donner de l'hydropisie.

Le même résultat s'obtient (Zankowski) à la suite d'une saignée considérable accompagnée de la section des nerfs, la saignée seuls n'amenant ancun œdème.

L'explication de ces phénomnes peut se ranger sous deux chefs différents : théories dyscrasiqu̧ss, théories mécaniques.

Les auteurs du « Compendium » reconnaissaient aux hydropisies par refroidissement une dyscrasie du sang, dyscrasie résultant soit de la rétention des principes destinés à être éliminés avec la sueur, soit d'une transformation intime chimique.

Il est préférable d'adopter les théories mécaniques. Pour Bouillaud, le froid produirait sur le tissu cellulaire une irritation amenant une excitation du système artériel ; ce serait une hydropisie active. Le liquide épanché dans le tissu cellulaire rassemblerait à la sérosité épanchée sous l'influence d'un vésicatoire. Pour Rostan, il y aurait une véritable hydrophlegmasie, une inflammation dans le tissu cellulaire. Cette théorie de l'inflammation est remplacée par celle de l'hypercrinie avec Breschet, qui prétend qu'il n'y a, sous l'influence du froid, qu'une augmentation quantitative de la sécrétion normale. Mais cette théorie séduisante ne peut être admise, le tissu cellulaire ne sécrétant rien à l'état normal. Pour M. Jaccoud, les conditions mécaniques de la circulation sont troublées ; les capillaires se contractent, la sécrétion est suspendue et une fluxion collatérale a lieu dans un réseau contigu : ce serait une hydropisie par fluxion compensatrice. Pour M. G. Sée, il y a dilatation vasculaire active des vaisseaux périphériques, consécutive à l'excitation des nerfs vaso-dilatateurs. D'autres auteurs, au contraire, admettent d'abord une constriction par excitation des nerfs vaso-constricteurs, puis ensuite une dilatation vasculaire par paralysie de ces mêmes nerfs.

L'effet de cette paralysie des vaso-constricteurs serait complétée, pour Vezeaux de Lavergne, par une certaine asthénie des centres nerveux vaso-moteurs.

L'hydropisie *à frigore* serait une hydropisie névro-vasculaire qui dépendrait de l'affaiblissement du tonus vasculaire ; il y aurait d'abord spasme sous l'influence du froid, puis dilatation par névrolysie des vaso-constricteurs. Mais il faut en outre qu'il existe de l'asthénie des centres nerveux vasomoteurs. Telle est la conclusion à laquelle s'arrête M. Colleville.

L'anasarque rhumatismale, assez rarement observée, serait due aussi à des hydropisies névro-vasculaires ; mais, dans ces cas, il y a en plus dans le sang un élément dyscrasique qui ajoute ses effets à ceux que produit le nervosisme vasomoteur.

La grande canse d'anasarque sans albumine dans la néphrite interstitielle réside dans la géne mécanique de la circulation. Celle-ci tient soit à la faiblesse de la circulatian rénale et du muscle cardiaque, soit à la dégénérescence du cœur, soit à une perturbation viscérale quelconque qui crée au cœur une cause de défaillance passagère dans son fonctionnement.

Les cachexies latentes, les affections cardiaques, le cancer, la convalescence de la fièvre typhoïde, peuvent donner naissance à des anasarques sans albuminurie. Le diagnostic en est quelquefois très difficile, ces hydropisies pouvant en imposer pour une maladie rénale. Le pronostic en est grave, la mort survenant rapidement ; tandis que dans les autres formes d'anasarque sans albuminurie, le pronostic est généralement bénin.

Nous ne pouvons parler des nombreuses observations personnelles dont M. Colleville a fait suivre les différentes formes d'anasarque ; elles viennent confirmer les idées sur lesquelles, dans le cours de sa thèse, a insisté si justement l'auteur.

A. M.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra en Espagne. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 29 juillet, les chiffres des décès par choléra et des cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants :

	Cas.	Décès.
A Madrid.	31	29
Dans la province de Saragosse. . .	1024	332
» de Castellon. . .	262	37
» de Valence. . . .	288	127
» de Albacète . . .	192	57
» d'Alicante. . . .	198	58
» de Tolède.	134	64
» de Grenade. . . .	162	71
» de Tarragone. . .	71	24

— Les habitants de Toulouse viennent d'organiser une souscription en vue de couvrir les frais d'une mission spéciale destinée à se rendre en Espagne pour y étudier le système de vaccination anticholérique du docteur Ferran.

— Cette semaine s'est ouverte à l'Ecole des Beaux-Arts l'exposition des projets d'architecture ponr le grand prix de Rome. Le sujet à traiter était : *Une académie de médecine pour Paris.*

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a, dans sa séance du 25 juillet dernier, voté la création d'une conférence préparatoire à l'entrée des diverses Facultés de France.

— Le nom de notre regretté confrère le docteur Thuillier, mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, va être inscrit sur la plaque de marbre noir du musée d'anthropologie.

Cette plaque porte déjà, gravées en lettres d'or, les inscriptions suivantes :

A la mémoire des élèves du laboratoire d'anthropologie naturelle morts pour la science :

MM. Charles Dallet, mort au Tonkin, le 25 avril 1878 ;

Alexandre Debaize, mort à Oudjiji (Afrique équatoriale), le 12 décembre 1879 ;

Robert Guiard, massacré par les Touaregs-Ahaggar, à Bir-el-Charama, le 16 février 1881;

Jules Crevaux et Louis Billet, massacrés par les Indiens Tohas, à Teyo-Pilcomayo, le 27 avril 1882.

— Un buste du docteur Crevaux, le regretté voyageur mort victime des Tobas dans l'Amérique du Sud, vient d'être installé au milieu de la section américaine du Musée ethnographique du Trocadéro.

— Depuis 1880, la Société royale de médecine publique de Belgique provoque annuellement une réunion générale du corps médical, à laquelle elle convie également les spécialistes qui peuvent aider à l'élucidation des sujets mis à l'étude. Ces réunions périodiques sont définitivement entrées dans les mœurs du corps médical, qui s'est habitué à les honorer de son patronage et à y trouver l'occasion de formuler sa manière de voir sur les questions d'hygiène qui sollicitent le plus vivement son attention. La réunion de 1885 revêtira un caractère tout particulier par l'extrême opportunité du sujet à traiter, qui est ainsi formulé : « *Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles ?* » L'Assemblée plénière de la Société tiendra exceptionnellement ses assises à Anvers, que son importance comme port de mer de premier ordre désigne spécialement pour les débats qui vont s'ouvrir. Le Comité général, sachant quelle attention ces débats éveilleront à l'étranger, n'entend rien négliger pour leur donner tout l'éclat possible. Aussi invite-t-elle à ce Congrès les membres correspondants étrangers de la Société de médecine publique de Belgique. Les séances auront lieu à l'Hôtel-de-Ville d'Anvers du 26 au 30 août.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Philippe-Victor Collin, docteur en médecine de la Faculté de Paris; — de M. Antoine-Léon Boyer, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, chevalier de la Légion d'honneur; — de M. le docteur Alfred Lesure, vice-président de l'Association des médecins du département des Ardennes; de M. le docteur Berthier, médecin adjoint de l'hospice de Montdidier; — du professeur Oscar Berger, de Breslau.

— Nous apprenons également la mort de MM. les médecins victimes du choléra en Espagne : docteurs Calatayud (de Muro), Cervellera (de Masamagrell), Bernard Quiros (de Jumilla), Miralles (de Valence), Fos (de Sueco).

— Jean-Baptiste Soresina, qui avait fondé en 1866 le « Journal italien des maladies vénériennes et cutanées », vient de s'éteindre à l'âge de plus de quatre-vingt-deux ans. — Soresina créa aussi, en 1869, une « Revue italienne de médecine, de chirurgie et de thérapeutique » qui s'est fondue depuis avec les Annali universali du professeur A. Corradi.

***

Facultés de médecine. — Par arrêté du 29 juillet 1885, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine mises au concours par arrêté du 29 mai 1885 est porté de quarante-huit à quarante-neuf. Cette quarante-neuvième place sera comprise dans la section d'anatomie et de physiologie et sera réservée à la Faculté de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant la durée des vacances scolaires, les différents services de clinique des hôpitaux de Paris seront occupés par les médecins agrégés dont les noms suivent, en remplacement des professeurs titulaires desdites chaires :

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Peyrot remplacera MM. les professeurs Richet et Panas; M. le docteur Hanot remplacera M. le professeur Germain Sée.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Segond remplacera M. le professeur Trélat; M. le docteur Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Richelot remplacera M. le professeur Verneuil; M. le docteur Troisier remplacera M. le professeur Jaccoud.

Hôpital Necker. — M. le docteur Kirmisson remplacera M. le professeur Le Fort; M. le professeur Potain continuera son service.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Hallopeau remplacera M. le professeur Fournier.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Hutinel remplacera M. le professeur Grancher.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — M. le docteur Charpentier remplacera M. le professeur Pajot.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Quinquaud remplacera M. le professeur Charcot.

***

Concours. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. Sont nommés : MM. les docteurs Brun et Routier.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est également terminé lundi soir. Ont été proclamés : MM. les docteurs Chantemesse et Comby.

***

Ecole de médecine d'Alger. — Par arrêté du 29 juillet 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, s'ouvrira, le 3 février 1886, à la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

***

Nominations. — Par arrêté ministériel, en date des 9, 11 et 14 juillet 1885, ont été nommé officiers d'Académie :

MM. les docteurs Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et Joh, président de la Société de gymnastique « la Lorraine » de Lunéville; — M. Croutelle, pharmacien à Mantes.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 juillet 1885, M. le docteur Dupuy, professeur à l'Association philotechnique de Saint-Denis, a été nommé officier de l'instruction publique.

***

Société d'ethnographie. — Dans la séance publique annuelle de la Société d'ethnographie, une grande médaille d'argent a été décernée à M. le docteur Legrand, et une médaille de bronze à M. le docteur D. Brinton.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 21 juillet 1885, MM. les médecins de deuxième classe de la marine Dubut et Féraud ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 25 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : — M. le docteur Vintras, commissaire de

l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation de Londres, en 1884.

Au grade de chevalier : — M. le docteur Miquel, chef du service micrographique à l'observatoire de Montsouris; M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 19 AU SAMEDI 25 JUILLET 1885.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 1. — Rougeole 21 — Scarlatine 4. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 24 — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 42. — Phthisie pulmonaire 171. — Autres tuberculoses 27 — Autres affections générales 71 — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 17 — Pneumonie 50 — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 75. — au sein et mixte 32. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 98. — de l'appareil circulatoire 57. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 24. — de la peau et du tissu lamineux 7. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0 — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 12. — Total de la semaine: 964 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum, par Edmond Wickham, ancien interne des hôpitaux. In-8, 1885, 93 pages avec 7 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie Alex. Coccoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le choléra n'est ni transmissible, ni contagieux (Etude critique et pratique), par un rationaliste, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8 de 430 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Manuel de pathologie externe, par Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly. — Tome II : *Maladies des régions tête et rachis*, par E. Kirmisson, un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Le tome I est également vendu 10 fr — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Transport par chemins de fer des blessés et malades militaires, par M. Paul Redard, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat, etc. Un vol. in 8 avec 36 planches hors texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie Oct. Doin, 8, place de l'Odéon.

Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds, par le docteur E. Maurel, médecin de 1re classe de la marine. Grand in-8 de 120 pages avec 20 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon

Contribution à l'étude des pyémies de cause interne, abcès miliaire des reins dans la fièvre typhoïde, par le docteur Gallois. In-8. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie. 7. rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN,** place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SUTURE TENDINEUSE,
par HENRY BARBIER, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Obs. VIII. — Communiquée par M. Polaillon. (Résumé)

Le nommé Aiman..., menuisier, 28 ans, entre, le 29 mars 1884, salle Broca, lit 37, à la Pitié, avec une plaie du dos de la main droite par une scie circulaire. Le tendon extenseur du médius est coupé.

Le 30 mars, suture au catgut du tendon ; suture métallique de la peau. Pansement de Lister.

Réunion par première intention. Le 17 juin, il sort guéri.

Suture dans les gaines. — Les observations de suture tendineuse dans la gaine ne sont pas nombreuses. « C'était « l'opinion, dit M. Richelot, avant l'antisepsie, que la suture « en pleine gaîne est suivie d'insuccès et de complications « graves, et voilà pourquoi nous manquons d'observations « publiées. » Cette idée du danger de la ténorrhaphie dans les gaines doit céder la place aujourd'hui à cette autre conforme aux progrès de la chirurgie moderne, à savoir : que la suture, dans ces conditions, peut et doit être tentée.

N'oublions pas qu'un tendon, sectionné dans sa gaine, est presque irrémédiablement perdu pour la jonction. Le liquide synovial est là qui, par sa présence, est un obstacle à la réunion. « Le liquide des gaines, dit le professeur Robin, em« pêche d'une façon absolue la réunion, alors même que « l'écartement n'est que d'un demi-centimètre. »

Nous avons réuni, sous forme de tableau, les observations que nous avons pu trouver, en y ajoutant un cas inédit que M. Polaillon a bien voulu nous communiquer.

NOMS des auteurs	IN	LA PLAIE SIÈGE	TENDONS intéressés	COMPLICATIONS de la plaie	FIL employé	PANSEMENT	RÉSULTAT
1. Bœquel..	*Gazette médicale de Paris*, 1868, p. 409.	1 1/2 centimètre au-dessus du poignet.	long fléch. du pouce fléch. des 2e, 3e et 4e doigts.	section du nerf médian.	soie.	pas d'indicat.	guérison
2. Lefort....	cite in thèse de Rochas	plis du poignet.	tendons de la rég. ant. du poignet.	section de l'artère cubitale.	pas d'indic.	alcool camph.	id.
3. Molliére..	*id.*	»	fléchiss. supérieur et profond.	section du médian, grossesse.	id.	pas d'indicat.	id.
4. Nicoladoni	*Wiener medecin. Wochensch.* 1880, n. 52.	médius.	les deux fléchiss.	»	catgut.	Lister.	supp., nécrose des tendons
5. id.	*id.*	au niveau de la 1re phalange.	id.	»	id.	id.	pas de réunion tendin., la plaie n'a pas suppuré
6. Kœlliker.	*Centralblatt für chirurg.* 1880 n. 6.	plaie de la rég. dors. du poignet. Ayant coupé le squelette.	tous les fléchiss. profonds.	lésions oss. et art. sect. de l'art. et nerf cub., sect. des ext.	id.	id.	guérison.
7. id.	*id.*	paume de la main.	fléchisseurs.	lésion des métacar.	soie phéniq.	id.	id.
8. Polaillon.	inédite.	index.	id.	»	id.	id.	id.
9. Richelot..	*Union méd.* 1884	gaîne du doigt.	deux fléchisseurs.	»	id.	id.	peu de suppur. nécr. d'un tendon, résult part.

En consultant ce tableau, on pourra se convaincre que, sur neuf cas de suture dans les gaines, il y a deux insuccès : dans l'un, la nécrose des tendons a suivi la suppuration de la plaie; dans l'autre, la plaie n'a pas suppuré, mais les tendons ne se sont pas soudés. Sur les sept autres, il est bon de noter que la plupart s'accompagnaient de lésions graves, soit des os du carpe, puisque les tendons fléchisseurs profonds étaient sectionnés d'arrière en avant, soit des nerfs ou des artères importantes du poignet. Malgré ces complications, le rétablissement de la fonction se fit. Enfin, sur les neuf observations, il n'y en a pas une seule où l'on ait eu à noter des accidents inflammatoires graves. En tentant la suture dans ces circonstances, on peut donc dire que tout au plus on risque un insuccès opératoire.

Réunion dans le cas de plaie suppurante. — Il ne nous reste plus qu'un cas à examiner. La plaie n'est pas récente; elle bourgeonne et suppure. Doit-on espérer le succès? L'observation que nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue Berthod semblerait peu propre à encourager les tentatives. Cependant, on trouvera plus loin une observation où le résultat fut bon, et M. Delore (de Lyon) en a publié une autre où la suture du tendon d'Achille fut faite avec succès, *dix jours après* la blessure, dans une plaie bourgeonnante.

Les conditions, sans doute, sont moins favorables. Mais ne voit-on pas la cicatrisation du tendon suturé se faire dans les plaies où la réunion par première intention a manqué?

Aussi croyons-nous que, si l'on a moins de chances pour soi, du moins on peut risquer une tentative qui n'apporte aucune modification dans la marche ultérieure de la plaie; bien au contraire, car on soignera de plus près la cicatrisation de celle-ci.

Peut-être aussi pourrait-on tenter la réunion par troisième intention. Dans notre cas, elle a avorté.

Obs. IX. — SECTION DU TENDON FLÉCHISSEUR DE L'ANNULAIRE PAR UNE SCIE. — TENTATIVE DE SUTURE HUIT JOURS APRÈS. — INSUCCÈS, communiquée par M. BERTHON, interne du service.

Gu..., 21 ans, journalier, entre le 2 juillet 1884 salle Broca, lit no 20, service de M. Polaillon.

C'est un garçon de constitution robuste, sans maladie antérieure. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, en découpant à la fraise une pièce de bois, il eut la main gauche blessée au niveau de la partie palmaire, de telle façon que la section intéressait le pouce et atteignait l'annulaire vers sa partie moyenne.

Il n'y prête d'abord aucune attention, mais huit jours après, la plaie de l'annulaire n'était pas encore réparée : et dans l'impossibilité de se servir de son doigt, il se décide à entrer à l'hôpital.

2 juillet. — Les plaies des autres doigts sont presque complètement cicatrisées. Il persiste seulement, à l'union de la première et de la deuxième phalange de l'annulaire gauche, une plaie suppurante, irrégulière, mâchée, d'un assez mauvais aspect, au fond de laquelle on aperçoit les extrémités des tendons fléchisseurs coupés. Le doigt est dans la demi-flexion.

3 juillet. — *Suture du tendon.*

Chloroformisation. Lavage antiseptique de la plaie. Spray phéniqué.

Pour aller à la recherche du tendon, M. Polaillon est obligé d'inciser les parties molles presque jusqu'au niveau du pli phalango-palmaire. Grâce à cette incision, il rencontre les bouts supérieurs du tendon fléchisseur. Après avoir régularisé leur surface, il fait la suture avec du catgut no 1.

Les sutures sont au nombre de quatre.

La peau est suturée, sauf à la partie moyenne, avec du fil d'argent.

Lavage antiseptique de la plaie. Pansement de Lister.

4 juillet. — Pansement. On laisse les choses en place. Pansement ouaté.

11 juillet. — Deuxième pansement. Idem.

21 juillet. Pansement — On enlève les sutures de la peau et l'on s'aperçoit que la réunion des parties molles ne s'est pas faite. De plus, on trouve un morceau du tendon fléchisseur éliminé avec le fil de catgut qui le réunissait.

La suture du tendon n'a donc pas réussi et le malade reste avec un doigt qui lui sera plus nuisible qu'utile.

Conditions qui compliquent la suture ou qui peuvent en compromettre les résultats. — La suture, opération simple en apparence, présente, dans certains cas, de réelles difficultés tenant soit aux conditions de la plaie et à l'état des parties, soit à des spasmes musculaires assez intenses pour arracher les fils et rendre les manœuvres très délicates.

Nous laisserons de côté ici les grands délabrements, les plaies compliquées d'ouvertures d'articulations, de sections nerveuses, etc., toutes conditions qui rendent plus aléatoire la réussite, mais qui rentrent en somme dans le cadre des conditions favorisant la suppuration de la plaie.

Les difficultés que l'on rencontre pendant l'opération peuvent être dues :

1° A l'hémorrhagie;

2° A l'impossibilité de trouver les bouts sectionnés;

3° A la multiplicité des tendons coupés;

4° Aux spasmes musculaires;

4° A l'écartement des bouts tendineux.

Les conditions défavorables à la réunion se résument en celles qui peuvent favoriser sa suppuration et l'exfoliation du tendon. Nous avons vu que l'ancienneté de la plaie prédisposait à cet accident.

1° L'*hémorrhagie*, même peu abondante, peut gêner beaucoup le chirurgien. Il n'est pas facile de trouver les bouts des tendons au milieu des tissus infiltrés de sang, et une recherche un peu laborieuse pourrait favoriser plus tard la suppuration. D'autre part, faire la suture dans ces conditions, ce serait agir un peu à l'aveugle et risquer une défaite. Aussi, dans les observations où cette complication est notée, l'emploi de la bande d'Esmarch est-il nettement indiqué. S'il existe des artères un peu importantes, on les liera avec le fil de catgut. M. Mollière, se basant sur ce fait que, sans l'ischémie complète de la plaie, il est parfois difficile de distinguer les différents organes, n'applique la bande de caoutchouc qu'*au-dessus* de la plaie. C'est une légère modification à la méthode ordinaire.

2° Bien que difficile surtout dans les sutures secondaires, la *recherche des extrémités tendineuses* ne laisse pas que d'être souvent laborieuse dans les plaies récentes. La rétractilité musculaire en est la cause; par conséquent, c'est le bout central qui donnera le plus de peine à l'opérateur; et, en fait, le bout périphérique se trouve, on peut dire toujours, avec facilité.

De nombreux procédés ont été employés par les différents chirurgiens. M. Lefort (cité *in* Thèse de Rochas) a pratiqué avec succès des pressions méthodiques de la racine du membre vers son extrémité. De même Volkmann et Kœlliker, assistant à la clinique de ce chirurgien, conseille cette méthode comme la plus simple et la meilleure. La bande d'Esmarch a été proposée, soit qu'on l'utilisât comme moyen de

compression directe du muscle (et dans ce cas on l'applique en sens inverse, c'est-à-dire vers la périphérie du membre (Bosc); soit qu'on l'ait envisagée en tant que produisant l'anémie des muscles et empêchant la contraction musculaire (Rochas). Nous dirons, en ce qui concerne le premier cas, que l'emploi de la bande d'Esmarch ne donne pas toujours le résultat cherché. Dans un cas (CORRESPONDENZBLATT FÜR SCHWEIZER AERTZE, 1879) où « *il fut très difficile de rapprocher les extrémités tendineuses, éloignées d'environ 1 centimètre, la bande d'Esmarch ne fut d'aucune utilité* (nützlos). Dans une autre observation de Kœlliker, où la bande d'Esmarch avait été employée, on dut après d'inutiles recherches, faire une incision le long des tendons (il s'agit des extenseurs de l'annulaire et du médius) qui, malgré la bande, s'étaient rétractés d'environ 2 centimètres. D'autre part, il faudrait s'entendre sur son emploi, et ne l'appliquer de haut en bas qu'après l'avoir enroulée de bas en haut, sous peine d'exprimer par la plaie tout le sang contenu dans le membre.

D'autres sont allés à la recherche du tendon au moyen d'un petit crochet (Nicoladoni), au moyen d'une pince introduite dans la gaine (Rochas); cette dernière pratique nous semble bien peu sûre et peu prudente. L'introduction aveugle d'une pince dans une gaine, les recherches et les tâtonnements obligés, pourraient bien favoriser la suppuration.

En somme, tous ces moyens ont des avantages et des inconvénients; mais ce qu'on peut leur reprocher de plus grave, c'est d'être insuffisants, et, comme le fait remarquer Madelung dans un travail « *Sur les moyens propres à faciliter la suture* », il est souvent nécessaire d'avoir recours à l'incision libératrice. Cette incision se fait le long du tendon que l'on cherche, ou dans la direction du groupe, s'il y en a plusieurs; elle doit être prolongée assez haut pour qu'on atteigne le bout central. Cette pratique est sans inconvénients, et la plaie ne gêne en rien la cicatrisation par première intention. Nous avons vu M. Polaillon y avoir recours sans hésiter, toutes les fois que le bout central n'apparaissait pas au niveau de la plaie, et toujours sans accidents.

La présence d'une gaine ne saurait modifier cette manière d'agir.

3° La *multiplicité des sections tendineuses* ne comporte pas d'indication spéciale; elle rend simplement la suture longue et laborieuse. La suture par *anastomose* ou la suture *latérale* pourront trouver ici leur emploi.

4° Nous avons vu plus haut le rôle des *spasmes musculaires* concernant la rétraction du bout central dans sa gaine. Ce spasme peut encore avoir des conséquences plus graves, celles d'arracher les sutures et de rendre la réunion impossible. Nous avons rapporté un cas (page 362), où cette complication faillit faire perdre au malade l'usage de sa main. Dans notre observation I, la suture du médius fut arrachée, divisant le tendon en deux languettes; nous y ajouterons le fait suivant, où Nicoladoni ne put maintenir les fils en place.

Observation de Nicoladoni (in WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1880, n. 52).

Le 8 octobre 1880, une femme de 60 ans, en nettoyant une fenêtre, casse les vitres et se coupe les tendons des deux extenseurs du pouce, à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet. Pour trouver les extrémités tendineuses, j'incisai les gaines vers la racine du membre, et je trouvai le bout central avec un écartement de 2 cent. 1/2. J'appliquai deux sutures au catgut. A peine étaient-elles en place, qu'une violente contraction musculaire vint arracher la suture toute récente.

La malade fut endormie, et les tendons suturés à nouveau. Lorsque la plaie cutanée fut fermée et que la malade sortit du sommeil chloroformique, une nouvelle contraction brusque vint faire sauter les sutures. Comme je l'ai dit plus haut, nous avions affaire à une femme chez qui nous n'aurions pu éviter cet accident, malgré la suture la plus soigneuse. Je m'abstins d'autres tentatives et je réunis simplement la plaie.

Dans les cinq jours qui suivirent, il se développa un violent délire alcoolique, pendant lequel la malade déchira à plusieurs reprises son pansement, et on dut la maintenir avec des liens, tant son agitation était grande. Elle se calma seulement le sixième jour, après un sommeil provoqué.

La plaie suppura, et la guérison n'eut lieu que quatre semaines après.

Ces contractions musculaires, absolument involontaires, (notre malade, très intelligente, faisait tout ce qu'il pouvait pour les éviter), n'ont pas seulement pour résultat de forcer le chirurgien à renouveler ses tentatives, mais, chose plus grave, elles peuvent rendre de nouveaux essais impossibles. Ce n'est pas, en effet, le catgut qui se brise; mais le tendon est coupé par le fil dans le sens de son axe longitudinal, de telle sorte que les extrémités tendineuses sont divisées en languettes d'autant plus nombreuses que les fils étaient eux-mêmes en plus grand nombre.

Dans ce cas, il faut modifier le procédé. Nicoladoni donne les conseils suivants: on ne doit pas se contenter de réunir les tendons un à un, mais, pour assurer la solidité, on les réunit à deux ou trois, en les suturant plus haut que d'habitude, de peur de les effranger; ou bien, comme dans l'observation précédente, on les avive sur les bords par une section verticale, et on les suture, non plus par leurs extrémités, mais par ces bords avivés. Il se forme ainsi des nouures sur lesquelles le fil prend un point d'appui.

Dans notre cas, M. Polaillon eut recours à cette suture latérale, mais sans avivement, et le résultat a été bon. Ce qu'il y a de certain, c'est que, avec ce mode de suture, le tendon est plus exposé au sphacèle; aussi doit-on souscrire aux conclusions du chirurgien allemand, qui recommande de les espacer méthodiquement, pour ne pas anémier complètement un tissu déjà peu vasculaire.

Encore, ce moyen n'est-il pas infaillible, puisque, dans l'observation empruntée au journal de Vienne, le résultat a été mauvais. Peut-être s'est-on trop tôt lassé. Plus heureux ou plus persévérant, M. Polaillon a obtenu un plein succès.

Quoi qu'il en soit, ces spasmes musculaires sont une complication sérieuse, et l'on doit s'efforcer de les combattre. L'anesthésie par le *chloroforme* est un bon moyen. Mais si l'on peut dire, avec M. Rochas, qu'elle arrive toujours à produire le relâchement complet des muscles, on se tromperait en se figurant qu'elle fait cesser à jamais les spasmes. Le relâchement musculaire dure ce que dure l'anesthésie et cesse avec elle; ce n'est donc qu'à titre de moyen auxiliaire pendant l'opération qu'elle peut être employée; alors le chirurgien peut donner tout son soin à la solidité de ses sutures. Mais à peine le malade est-il sorti du sommeil chloroformique, que les muscles se contractent de nouveau avec violence, et arrachent les sutures. C'est ce qui est arrivé à Nicoladoni. Les nôtres ont résisté.

La *bande d'Esmarch*, employée dans le même but, est pas-

sible des mêmes objections. Pendant l'opération, soit; mais après?

On pourrait également calmer, par des médicaments appropriés, l'excitabilité réflexe. Quant aux sujets qui offrent ces contractions gênantes, ce sont, dans l'observation de Nicoladoni, une femme nettement *alcoolique;* dans la nôtre, un homme, que sa profession expose trop (il est marchand de vin) pour qu'il ne nous paraisse pas suspect du même vice, malgré ses dénégations. En résumé, dans des cas semblables, on ne doit pas craindre de renouveler ses tentatives, le premier jour ou les jours suivants, en se conformant strictement aux préceptes de l'antiseptie la plus rigoureuse.

Reste enfin le cas où l'*écartement des extrémités tendineuses* est tel, qu'il rend tout affrontement impossible. Cette disposition se rencontre surtout dans les sutures secondaires, et elle a suggéré aux opérateurs différents artifices.

M. Glück (de Berlin) a tressé *une natte* de catgut entre les deux bouts divisés, et il a apporté à la Société de médecine de Berlin des preuves à l'appui de son procédé.

M. Monod, à l'occasion d'une communication de M. Schwartz à la Société de chirurgie, a rappelé également les procédés de MM. Th. Anger, Mollière (vaginoplastie), la réunion par l'intermédiaire de la peau, proposée par Chassaignac.

Mais, de tous ces procédés, les meilleurs sont, sans contredit, soit la *suture par anastomose*, telle qu'elle a été pratiquée plusieurs fois, et en particulier dans le cas de M. Schwartz; soit le procédé de Czerny, qui consiste à tailler *sur la moitié de l'une des extrémités tendineuses un lambeau quadrilatère, qu'on fait basculer*, et qu'on suture à l'autre extrémité, procédé simple et applicable à bien des cas.

La question de la *greffe tendineuse* n'est pas encore suffisamment élucidée.

Les *suites* des plaies et des sutures des tendons sont, en général, fort simples. La *suppuration*, lorsqu'elle se montre, doit être considérée comme un *accident* très nuisible au point de vue du résultat : elle a, en effet, pour conséquence, le plus souvent, l'*exfoliation* et la *nécrose* du tendon.

Le chirurgien devra donc s'abstenir de manœuvres brusques ou trop prolongées; et c'est dans la crainte de cette complication que l'incision libératrice semble préférable aux autres méthodes pour la recherche du bout central. Il est vrai de dire que la perte du tendon n'est pas fatale. M. Terrier, M. Notta ont rapporté des cas où, malgré la suppuration, la réunion se fit néanmoins.

L'observation suivante est assez démonstrative :

CORRESPONDENZBLATT FUR SCHWEIZER AERTZE, 1879

Le 13 juin 1879, une femme se coupa l'extenseur du pouce. Le 23 juin, c'est-à-dire dix jours plus tard, la suture fut tentée. L'opération se fit sous le chloroforme, et le pansement fut celui de Lister.

Le 30 juin, au 1er pansement, la plaie était béante, le tendon à découvert, mais le pus était louable et de bonne nature.

Au 2e pansement (7 juillet), on put se convaincre du bon état de la suture... A partir de ce moment, les mouvements furent autorisés. — Le pouce recouvra ses mouvements en toute liberté.

Mais, à côté de ces faits favorables, il reste acquis que la suppuration peut faire manquer l'opération. M. Chauvel en a rapporté un cas à la Société de chirurgie, en 1877; Nicoladoni en a publié deux cas en 1880. Il s'agit de suture dans la paume de la main. Aussi se montre-t-il peu enthousiaste de l'opération.

En un mot, la suppuration doit être évitée, et le meilleur moyen consiste à employer la méthode listérienne, et à chercher à obtenir la réunion par première intention. Il est inutile de dire que la suppuration sera d'autant plus à redouter qu'il y aura de plus grands délabrements, ou que des cavités articulaires et séreuses seront ouvertes.

Nous n'avons plus qu'à ajouter quelques observations à propos des cas que nous publions. Dans toutes les sutures, M. Polaillon a employé le fil de catgut, enfilé dans des aiguilles courbes de moyen calibre. Dans la thèse la plus récente, l'auteur, M. le docteur Rochas, tout en avouant son inexpérience pour juger la valeur du catgut, se demande si les fils de cette substance ne sont pas absorbés trop vite, et, par conséquent, si les fils d'argent ne doivent pas leur être préférés. Pour ce qui est de l'absorption trop rapide des fils de catgut, l'expérience a montré que cette crainte était vaine. D'ailleurs, que cherche-t-on par la suture? La réunion immédiate du tendon. Or, d'après M. le professeur Robin, elle serait complète au bout de *cinq à six jours*, temps beaucoup trop court pour que l'absorption du fil ait pu se faire complètement. D'autre part, les fils d'argent pourront toujours favoriser la suppuration pour peu qu'elle ait tendance à se produire. M. Notta a bien communiqué deux cas de suture métallique avec inclusion tendineuse des fils; il a même expérimenté ce mode de suture à fil perdu, et, sur un chien, il a pu voir le tendon cicatrisé et renfermant le fil dans son épaisseur. Mais, en somme, malgré la grande tolérance des tissus pour le fil d'argent, ce dernier ne peut évidemment lutter avec les avantages qu'offre le catgut (et comme sécurité et comme simplification).

Le mode de suture a été très simple, sauf dans le cas où les spasmes musculaires ont forcé l'opérateur à avoir recours à un autre procédé :

Une aiguille courbe, chargée du fil, pénétrait dans le tendon, parallèlement à celui-ci, à 1 ou 2 centimètres de chacun des bouts sectionnés, et un nœud double assujettissait solidement le tout. Un fil a suffi la plupart du temps. Mais, si l'on craint une trop grande fragilité, on peut facilement réunir le tendon par deux fils parallèles.

Les sutures latérales sont réservées aux cas cités plus haut où les spasmes musculaires exigent plus de solidité. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet. On pourrait encore avoir recours aux différents procédés de suture décrits par M. Le Dentu.

Quant à l'approchement des extrémités, on les joint bout à bout en ayant soin de réunir celles qui se correspondent. Que si, pour une cause quelconque, l'extrémité supérieure ne pouvait être relevée ou utilisée, on aurait recours à la suture par anastomose avec un tendon voisin à action synergique.

Les sutures en place, la plaie bien lavée, il faut, de toute nécessité, réunir les lèvres de la plaie cutanée, et, autant que possible, ne pas les réunir au même niveau que les sutures tendineuses. De cette façon, on diminue les chances d'adhérences lorsque la plaie sera cicatrisée. Un pansement phéniqué et un enveloppement ouaté complètent le tout. Mais, auparavant, on a pris soin, au moyen d'une attelle ou d'un appareil plâtré, de donner au membre une attitude telle que les faisceaux musculaires des tendons suturés soient au maximum de relâchement.

Si la plaie suppure, il y a grande chance pour que le tendon s'exfolie (Chauvel, Terrier, Nicoladoni). Cependant, cette né-

crose n'est pas fatale, comme noue l'avons déjà vu. Les sutures peuvent persister, et la guérison se faire.

Reste à fixer l'époque des *premiers mouvements*. D'après M. le professeur Robin « au neuvième jour le tendon n'est « encore qu'un cordon mollasse, sans résistance, embryon- « naire du moins en grande partie, et ce n'est qu'au quaran- « tième jour qu'il a acquis les caractères et les qualités d'un « tendon. » D'autre part, tant qu'il n'a pas un degré de résistance suffisant, ce cordon est extensible (Robin). Acher avait déjà remarqué que les tendons non sutnrés, quoique sondés entre eux, s'étiraient comme un tube de verre à la lampe. Il ne faut donc pas autoriser les mouvements avant une certaine époque, qui n'est peut-être pas la même pour tous. Ce que nous venons d'emprunter à M. Robin s'applique, en effet, au cas où le tendon ne se réunit pas par première intention. Mais si la suture a été faite de bonne heure, lors d'une plaie nette et non compliquée, on peut espérer que le tendon s'est réuni par première intention, laquelle est complète en cinq ou six jours. C'est au tact chirurgical à faire son œuvre.

Dans nos observations, dès le vingtième jour, on faisait exécuter de légers mouvements.

Malgré les plus grandes précautions, il peut se faire que le tendon soit adhérent à la cicatrice cutanée, et que les mouvements soient limités par ces adhérences. Des frictions stimulantes, des bains sulfureux, et surtout l'exercice fonctionnel souvent répété, tels sont les principaux moyens qui triompheront de ces adhérences, en général peu considérables. C'est une affaire surtout de temps et d'exercice. La plupart des malades qu'on a pu suivre se servaient de leurs membres d'une façon très convenable.

CONCLUSIONS. — De l'examen des diverses observations et publications, il ressort bien nettement ce fait, que : la suture des tendons n'est pas une opération dangereuse ; aussi nous croyons-nous en droit de dire : toutes les fois qu'il existe une plaie intéressant les tendons, le devoir du chirurgien est d'aller à leur recherche et de les suturer.

La présence des gaines, loin d'être une contre-indication, impose au contraire la suture.

La suture se fait avec des fils de catgut, les tendons, dans les cas les plus simples, étant réunis bout à bout.

Lorsqu'il existe des epaemes musculaires, tout en s'aidant du chloroforme ou d'autres méthodes, on doit modifier son procédé et employer la suture latérale, ou les sutures de soutien de M. Le Dentu.

On appliquera enfin un pansement antiseptique et on immobilisera le membre dans une position convenable pour relâcher les muscles.

Les premiers mouvements ne peuvent être commencés que vers le vingtième jour au plus tôt. L'exercice, des bains sulfureux, des frictions répétées, les massages, assoupliront les adhérences et amoindriront leurs inconvénients.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Robin. — DICT. DE CHIR., *art. musculaire*.
Polaillon. — DICT. DE CHIR., *art. main*.
Polaillon. — DICT. DE CHIR., *art. doigt*.
Schwartz. — DICT. DE MÉD. PRATIQUE, *art. tendon*.
Follin et Duplay. — PATH. EXT., t. II.
Reclus. — PATH. EXT., t. I.
Acher. — Th. doct., 1834, Paris.
Mondière. — ARCH. DE MÉD., 1837.
Bœcquel. — GAZ. MÉD. DE PARIS, 1868, p. 409.
Barbaste. — Th. doct., 1873, Paris.
Polaillon. — GAZ. DES HÔPITAUX, 1874. — Rapport.
Tillaux. — Soc. de chir., 20 janvier 1875.
Ronanet. — Th. doct., 1875, Paris.
Duplay. — Soc. de chir., 22 novembre 1876.
Terrier. — Soc. de chir., 6 décembre 1876.
Notta. — Soc. de chir., 18 avril 1877.
Chauvel. — Soc. de chir., 8 août 1877.
Lefort. — Soc. de chir.
Rochas. — Th. doct., 1877, Paris.
Bertherand. — Mémoire. — Marseille, 1877. Analysé *in* REV. MENS., 1877.
Le Dentu. — GAZ. DES HÔPIT., 1877.
Pauly. — CENTRALBL. FÜR CHIR., 1878. Analysé *in* SCHMIDT'S JAHRB., 1880.
CORRESPONDENZBLATT FÜR SCHWIZER ÆRTZE, 1879.
Kœlliker. — CENTRALBL. F. CHIR., 1880, n. 6.
Kraussold. — CENTRALBL. F. CHIR., 1880, n. 47.
Nicoladoni. — WIENER MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1880, n. 52.
Kœlliker. — CENTRALBL. F. CHIR., 1881, n. 8, p. 124.
Madelung — CENTRALBL. F. CHIR., 1882, n. 6.
Richelot. — UNION MÉD., 1884.
Glück. — Soc. de méd. de Berlin, SEMAINE MÉD., nos 4 et 48, 1884.
Delore (de Lyon). — BULLET. DE THÉRAP. MÉD. ET CHIR., t. LXXV, p. 228.
Soc. de chirurgie, séance du 20 mai 1885.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA PSEUDO-SCROFULE, par le docteur EDMOND CHAUMIER de Pressigny-le-Grand.

I. *Ses manifestations diverses*. — II. *L'impétigo*. — *Historique*. — *Inoculation*. — *Nature épidémique et contagieuse*. — *Diverses variétés*. — *Impétigo compliquant les plaies : écorchures, brûlures, varicelle, plaie suturée, plaie profonde, impétigo vaccinal*. — *Retentissement sur les ganglions*. — III. *Le furoncle et le panaris, la tourniole*. — *Historique*. — *Relations avec l'impétigo*. — IV. *La pseudo-scrofule des muqueuses : impétigo des narines, du conduit auditif, des paupières ; pustule de la conjonctive et de la cornée, etc.*

Je donne le nom de pseudo-scrofule à une maladie que j'ai décrite pour la première fois au Congrès de Blois (1) en septembre 1884, et dont les principales manifestations sont regardées par la plupart des auteurs comme des lésions scrofuleuses, ou comme des maladies distinctes.

La pseudo-scrofule est inoculable, contagieuse, épidémique. Elle atteint la peau et les muqueuses, les tissus profonds et les ganglions lymphatiques.

Sur la peau, elle produit l'impétigo, le furoncle, un état mixte entre le furoncle et l'impétigo, qu'on peut appeler echtyma, la tourniole, des érythèmes vésiculeux, des éruptions pemphygoïdes, etc.; les lésions des muqueuses sont la pustule

(1) Une maladie à manifestations multiples. (CONCOURS MÉDICAL, 1er novembre 1884.) Compte rendu du Congrès de Blois. Paris, 1885.

de la conjonctive et de la cornée, l'impétigo des narines, du conduit auditif, etc.; les lésions profondes sont l'anthrax, le panaris, peut-être certains abcès des membres; enfin ces diverses affections, retentissant sur les ganglions lymphatiques, déterminent des adénites suppurées ou non.

L'Impétigo.

Historique. — Le chaos règne chez les anciens auteurs au sujet de l'impétigo, qui est généralement confondu avec d'autres affections. La classification de Willan comprenait l'impétigo et le porrigo; le premier n'était pas contagieux, le second l'était. Or, au milieu du genre porrigo, se trouve le *porrigo favosa*, qui doit rentrer dans l'impétigo. La nature contagieuse de ce porrigo était formellement reconnue de Willan et de ses successeurs. Plumbe (1) dit que les enfants se communiquent fréquemment cette maladie en s'embrassant; Bateman (2) exprime la même opinion. Dans ses leçons, publiées par le Medical Times en 1846, Startin dit avoir vu des familles entières et des écoles envahies par le porrigo simplex ou favosa.

Nos classiques français ne croient pas à la contagion. Pour Bazin (3), l'impétigo est la manifestation d'une maladie constitutionnelle, la scrofule, la dartre ou la syphilis. Cazenave (4), Grisolle (5), Rillet et Barthez (6), Besnier et Doyon (7) s'inscrivent contre la contagion. Hardy (8) fait de l'impétigo une variété d'eczéma.

C'est Devergie (9), le premier chez nous, qui ait publié des observations très évidentes de contagion.

Quelques années plus tard, Tilbury Fox (10) décrivit en détail « l'impétigo contagiosa » comme une maladie spéciale; mais il admet également un impétigo (11) ordinaire et un eczéma impétigineux (variétés d'eczéma) qu'il dit survenir en particulier sur les enfants lymphatiques ou débilités.

Depuis lors, on publia dans tous les pays des observations d'impétigo contagiosa : Vidal (12), Jules Simon (13), Douaud (14), en France; Kaposi (15), Unna (16), Piffard (17), Wooster Beach (18), Colcott Fox (19), etc., à l'étranger. Mais presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet depuis Tilbury Fox admettent qu'il y a un impétigo contagieux, et non pas que l'impétigo est contagieux.

Malgré les divers travaux que je viens d'énumérer, la notion de la contagiosité de l'impétigo n'a pas pris racine en France, et chaque fois qu'un médecin rencontre des gourmes sur la tête ou la face d'un enfant, il prononce le mot *scrofule*, ordonne de l'huile de foie de morue ou du sirop antiscorbutique, et se félicite d'avoir si bien rempli l'indication causale.

Inoculabilité.

L'impétigo est inoculable. Tilbury Fox, Vidal et d'autres auteurs ont fait un certain nombre d'expériences à ce sujet.

J'ai voulu tenter, moi aussi, l'inoculation. Voici ma propre observation :

Le 12 décembre 1883, à deux heures, je fais sur la face dorsale de mon avant-bras gauche deux inoculations par coupure à l'aide d'une lancette avec la sécrétion de vésicules récentes d'impétigo. A sept heures du soir, il y a une rougeur vive sur une étendue de 1 millimètre à 1 millimètre et demi.

13, deux heures. — Une vésicule de 1 millimètre 1/2 sur 3/4 de millimètre. La rougeur autour a 2 centimètres 1/2 de diamètre. Un peu d'induration au-dessous. La rougeur est moins grande à l'autre incision. Il n'y a pas de vésicule.

14. — Auréole, 7 millimètres. Le matin, la vésicule a un peu augmenté; le soir, le contenu s'est concrété en croûte.

15. — La lésion est à peu près ronde (4 millimètres de diamètre). Le centre est sec, jaune-gris; le pourtour est constitué par un liquide qui soulève l'épiderme.

16. — Une augmentation liquide en haut, une en bas, inégales; 8 millimètres en ce sens.

17. — Nouvelle augmentation par le même procédé.

19. — La croûte a encore augmenté de la même manière. Ainsi, en haut, l'épiderme est soulevé par un liquide presque incolore. En dehors, existe aussi un petit agrandissement. La croûte est plus épaisse, n'est pas ronde.

20. — Nouvelle augmentation; la croûte a 9 millimètres sur 7 1/2.

21-22. — Nouvelle augmentation. Apparition de deux vésicules ponctiformes.

24. — La croûte a encore augmenté. Les deux vésicules augmentent; elles ont une petite croûte au milieu. Six autres petites vésicules très démangeantes. Depuis le début, il y a toujours eu un peu de démangeaison.

25. — Les trois croûtes ont augmenté. Les autres vésicules ne se développent pas.

26. — A l'une des croûtes, les augmentations liquides sont beaucoup plus grandes que la croûte elle-même.

30. — La première croûte a augmenté tous les jours, mais très peu; elle a actuellement 14 millimètres de diamètre. L'épiderme sec se décolle autour et forme un liseré blanc nacré.

1er janvier. — Pas d'augmentation. Il est sorti une goutte de liquide incolore au bord de la grande croûte.

Jusqu'au 4 janvier, encore de légères augmentations; puis l'épiderme de la portion de l'auréole rouge qui borde les croûtes se détache, devient blanc, et tombe, sur une petite étendue. On dirait qu'il y a un retrait de la croûte.

La grande croûte mesure, à son centre, environ 4 millim. de hauteur au-dessus de la peau, les autres 1 à 1 1/2. La plus petite a la grandeur et la forme d'une moitié de pois qui serait appliquée sur la peau.

Les petites croûtes tombent, l'une le 15, l'autre le 22 janvier; la grande, le 11 février. Il reste une surface rouge. Au commencement d'août, on voyait encore les trois taches. Le 1er septembre, la grande existe seule, et encore est-elle peu marquée.

Bien des fois, j'ai pu suivre des vésicules récentes d'impétigo, et j'ai toujours noté le même mode de développement.

(A suivre.)

(1) *Practical Treatise*, 4e édit., 1827, p. 268.
(2) 8e édit., 1837, p. 199. Cité par Colcott Fox : *Impetigo ou porrigo contagiosa*. Communication à la Soc. med. de Londres, 1884.
(3) *Aff. génériq. de la peau*, 1862. — *Leç. sur les affect. arthrit. et dartreuses*, 1860. — *Leç. sur la scrofule*, 1861.
(4) *Mal. de la p.*, 1838. Dict. en 30 vol., 1837, t. XVI.
(5) *Pathol. int.*, 1867, t. I.
(6) *Mal. des enf.*, 1861, t. II.
(7) Note de la trad. de Kaposi : *Leç. sur les mal. de la peau*, 1881, t. I, p. 561.
(8) Art. *Eczéma*, impétigo du Dict. de Jaccoud.
(9) *Tr. des mal. de la peau*, 2e édit., 1857, p. 338.
(10) Brit. med. Journal, 1864. Journ. of cut. med., 1869.
(11) *Skin Diseases*, troisième édition 1873, p. 164, 165, 167, 224 et suiv.
(12) Société de biologie, 1876. Congrès de Genève, 1877.
(13) Conférences orales.
(14) Gaz. des hôp., 1875, p. 405.
(15) *Leç. sur mal. peau*, trad. Besnier et Doyen, 1881.
(16) *Sur l'imp. contagiosa*, etc., d'après la Revue des sciences médicales, 1881.
(17) New-York med. Journ., june 1872.
(18) Medical Record, january 20, 1883.
(19) *Impetigo or porrigo contagiosa*. Communicat. faite à la Soc. méd. de Londres, 1884.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

Suite. — Voir le numéro précédent.

VIII. SUR LA PRÉSENCE ET LA RÉPARTITION DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LES ORGANES FRAPPÉS PAR LES DIVERSES AFFECTIONS TUBERCULEUSES, par M. G. FÜTTERER, de Zurich (2). — IX. SUR UNE MODIFICATION DU PROCÉDÉ DE COLORATION D'EHLICH POUR LA RECHERCHE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LES TISSUS, par le même (3). — X. DE L'INFLUENCE DES MICROBES SUR LA FORMATION DE CELLULES GÉANTES A NOYAUX PARIÉTAUX, par le docteur NÆGELI, de Berne (4). — XI. NOUVELLES RECHERCHES SUR LE SORT DES CRYPTOGAMES PATHOGÈNES DANS L'ORGANISME, par le professeur RIBBERT, de Bonn (5).

VIII. M. FÜTTERER a fait la recherche du bacille de Koch dans une série de cas où des lésions tuberculeuses intéressaient des organes divers. Dans un cas de broncho-pneumonie caséeuse, les bacilles existaient en si grand nombre que, sur un ensemble de deux cents préparations examinées au microscope, il ne s'en est pas trouvé une seule qui ne contînt plusieurs colonies, dont la plupart de très grandes dimensions. Souvent les bacilles formaient des groupements arborisés, qui évoquaient à première vue l'image des dernières ramifications bronchiques, ainsi que le montre de la façon la plus nette un dessin annexé au travail de l'auteur. En outre, au niveau des colonies les plus volumineuses, il s'était fait une fonte du tissu caséeux, particularité que l'auteur a retrouvée dans les recherches faites sur d'autres organes envahis par des lésione tuberculeuses. Il en conclut que les bacilles sont les agents actifs de la fonte du tissu caséeux, qui leur sert d'aliment.

Dans un cas de tuberculose miliaire aiguë des poumons, compliquée de pneumonie, 13 coupes sur 60 laissaient voir des bacilles de la tuberculose, mais en nombre moins considérable que sur les coupes de l'observation précédente. Néanmoins ils étaient réunis par groupes, au centre d'un tubercule, formant des colonies de dimensions moindres que dans le cas précédent, et sans fonte du tissu circonvoisin. Il existait en outre des bacilles dans l'épaisseur d'un thrombus organisé qui, selon toute apparence, avait pour siège un vaisseau artériel. A proximité de ce vaisseau se voyait un tubercule miliaire, mais point de bacilles.

Dans un cas de tuberculose miliaire du foie, sur un petit nombre de coupes examinées il s'en est trouvé 6 contenant des tubercules. Chacune de ces préparations représentait un tubercule miliaire développé dans le voisinage d'un vaisseau ; celui-ci était obstrué par un thrombus organisé et entouré par des bacilles. Dans l'intérieur même du vaisseau, on ne découvrait point de bacilles.

Un quatrième cas se rapporte à une tuberculisation circonscrite du rein, limitée à une petite étendue de cette glande; 50 coupes ont été examinées : 7 renfermaient des bacilles de Koch, à savoir :

a Sur le rebord interne d'un vaisseau enveloppé par un tubercule miliaire, et dont la paroi était transformée en une masse fragmentée;

b Tout à l'entour d'un vaisseau dont la section occupait le centre d'un tubercule miliaire, deux bacilles se voyaient dans l'épaisseur de la paroi du vaisseau ;

c Dans le canal afférent ou efférent d'un glomérule qui était augmenté de volume, granuleux, et dont les anses ne se distinguaient plus d'une façon très nette, les bacilles formaient deux petites colonies placées immédiatement en avant du glomérule ;

d Trois fois des bacilles occupaient l'emplacement d'un glomérule dégénéré ;

e Une fois il s'en trouvait dans un canal contourné coupé dans le sens de la longueur et obstrué par une matière fibrineuse ;

M. Fütterer n'a jamais pu découvrir de bacilles dans les cellules géantes observées dans ces diverses préparations.

L'auteur pense que si l'on ne trouve des bacilles que dans une partie des coupes provenant d'un organe tuberculeux, cela tient à ce que, dans le cours de son existence, le bacille passe par des états où il est plus ou moins apte à s'imprégner de matière colorante. D'après les résultats obtenus avec le procédé d'Ehrlich, on suppose que le bacille de Koch possède une enveloppe toujours imperméable aux acides. A ce propos, M. Fütterer fait remarquer, qu'ayant coloré des préparations tuberculeuses suivant le procédé d'Ehrlich, et ayant recommencé sur les mêmes préparations exposées à une température élevée, il a réussi à mettre en évidence un nombre de bacilles, bien plus considérable la seconde fois que la première.

Une autre conclusion tirée par l'auteur des résultats de ses recherches, c'est que, à une période avancée de la tuberculose, les vaisseaux sanguins représentent la principale voie de propagation du virus tuberculeux dans l'organisme du malade.

IX. Dans ce nouveau travail, M. FÜTTERER fait remarquer que le procédé imaginé par Ehrlich pour la recherche des bacilles de la tuberculose comporte un inconvénient : c'est l'insuffisante décoloration des coupes, au contact de l'alcool acidulé ; d'où résulte une certaine difficulté pour découvrir les bacilles, ceux principalement qui sont isolés. D'après l'auteur, on écarte cet inconvénient en se servant de chlorure de palladium pour achever la décoloration des coupes après qu'elles ont été plongées dans de l'alcool acidulé. Voici comment M. Fütterer propose de procéder pour la recherche du bacille de Koch :

1o Coloration des coupes d'après le procédé d'Ehrlich.

2o Décoloration des coupes dans de l'alcool aiguisé avec de l'acide nitrique (3 gouttes pour la quantité d'alcool absolu contenu dans un verre de montre), jusqu'à ce qu'il ne subsiste plus qu'une légère teinte rosée.

3o *Déposer les coupes pendant une minute dans une solution de chlorure de palladium à 1/500*, qu'on a soin de filtrer chaque fois au moment de s'en servir.

4o Laver les coupes dans l'eau.

5o Les déposer pendant quelques minutes dans de l'alcool absolu.

(1) Voir le dernier numéro.
(2) VIRCHOW'S ARCHIV, t. C, fasc. 2, p. 236, 1885.
(3) Ibidem, t. CI, fasc. 1, p. 198, 1885.
(4) ARCHIV FÜR EXPERIM. PATHOLOGIE UND PHARMAK., t. XIX, fasc. 1 et 2. p. 101, 1885.
(4) DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1885, no 31.

6° Les traiter par l'essence de cèdre.

7° Les déposer dans du baume du Canada, qu'il y a tout avantage à diluer avec de l'essence de térébenthine.

On procédera de la même façon pour la recherche du bacille de la lèpre.

Les avantages de ce procédé sont : de permettre d'obtenir rapidement et sans danger une décoloration parfaite des coupes ; de mieux faire ressortir les différents éléments anatomiques ; de rendre la coloration des bacilles plus résistante à l'action de l'alcool, de l'éther, du chloroforme et de la térébenthine. Il est donc permis d'espérer que des préparations conservées dans des milieux imprégnés de ces substances acquerront une plus grande durabilité.

Le prix élevé du chlorure de palladium n'a pas grande importance, car, avec une quantité d'une solution au 1/500 de ce sel, équivalant au contenu d'un verre de montre, on décolore un très grand nombre de coupes.

X. M. Nægeli rappelle que son maître, le professeur Langhans, a publié jadis (Virchow's Archiv, t. IL, 1870) les résultats de recherches expérimentales concernant le mécanisme suivant lequel s'opère la résorption des extravasats de sang. Langhans avait été conduit a faire jouer un rôle important aux cellules géantes dans le travail de résorption qui s'opère au voisinage d'un épanchement de sang formé dans les tissus. La raison qui a incité M. Nægeli à reprendre ces recherches, c'est qu'à l'époque où Langhans avait expérimenté, on ne s'astreignait pas aux précautions rigoureuses d'antisepsie qui sont aujourd'hui de règle tant pour les traumatismes expérimentaux que pour les opérations chirurgicales. Or, il était intéressant de savoir si, quand on néglige ces précautions, les microbes, en pénétrant dans la masse sanguine épanchée, jouent un certain rôle dans le travail de résorption et quel pouvait être ce rôle éventuel.

M. Nægeli a institué deux séries d'expériences : dans une première série, il a négligé intentionnellement de prendre des mesures rigoureuses destinées à écarter les microbes de l'extravasion sanguine. Comme dans les expériences de Langhans, du sang recueilli sur un pigeon fraîchement sacrifié était injecté à d'autres pigeons dans une poche pratiquée à l'aide d'un scalpel sous la peau de l'animal ; l'incision cutanée était ensuite fermée au moyen de points de suture. Les instruments employés pour cette petite opération étaient simplement lavés à l'eau.

Dans une seconde série d'expériences, les choses se passaient de la façon suivante : chez un pigeon, on déplumait, dans une étendue d'environ 3 centimètres carrés, la région comprise entre le thorax et l'aile ; on lavait la peau mise à nu, avec une solution phéniquée (5 %), et on pratiquait une incision de 1 à 2 millimètres de long avec un couteau à cataracte préalablement trempé dans la même solution ; l'instrument tranchant était ensuite poussé sous la peau et parallèlement à la surface, sur une longueur de 12 à 15 millimètres, en partant de l'extrémité supérieure de l'humérus. On pratiquait ainsi une petite poche sous-cutanée, au fond de laquelle on perçait une veine superficielle passant à ce niveau. On exerçait une compression sur la veine sous-cutanée jusqu'à ce que le sang épanché dans la poche se fût coagulé ; puis on obturait la fente au moyen d'une couche de collodion riciné. Le caillot de sang formé était extrait au bout d'un certain temps et examiné au microscope, une partie à l'état frais, une partie après durcissement dans l'alcool et enveloppement dans la celluloïdine. Nous passons sur les détails des observations faites dans le cours de ces recherches, pour nous en tenir à la partie vraiment intéressante des résultats obtenus.

Sur 17 expériences de la première série, les 5 premières, contrairement au but poursuivi, ont donné lieu à la formation d'un caillot absolument *aseptique*. C'est pourquoi, dans les 12 autres, Nægeli crut devoir porter le bistouri et les aiguilles à suture au contact de tissus cadavériques, de façon à les charger de germes septiques. Dans ces 12 expériences, le caillot contenait chaque fois des colonies de micrococues, et en outre, sur sa face externe, des cellules géantes, lesquelles avaient fait constamment défaut à la surface des caillots aseptiques des 5 premières expériences.

Sur les 21 expériences de la seconde série, une fois seulement le caillot formé dans la poche contenait des micrococues ; ici encore on trouva, sur la face externe des caillots, des cellules géantes, qui manquaient dans les 20 autres expériences.

D'où Nægeli conclut que la présence des cellules géantes et et celle des micro-organismes, dans les épanchements de sang formés dans les tissus, sont étroitement liées l'une à l'autre ; en d'autres termes, que les microbes provoquent la formation des cellules géantes à noyaux pariétaux, en vertu d'une action chimique exercée sur le caillot. Les microbes dont parle Nægeli étaient d'espèces variées ; dans l'une des expériences de la première série, c'étaient des bacilles, mais non des bacilles de la tuberculose, comme on s'en assura par l'emploi des réactifs appropriés. D'ailleurs, on s'accorde généralement à ne plus voir, dans les cellules géantes, un élément spécial au tubercule suivant une opinion déjà ancienne que Baumgartner a cherché à ressusciter tout récemment.

XI. Si, d'après Nægeli, les microbes peuvent provoquer le développement de certains éléments histologiques, il en est, parmi ceux-ci, — les cellules du mésoderme et du péritoine chez les animaux inférieurs, les leucocytes chez les animaux supérieurs, — qui ont pour mission de détruire, de dévorer, pour dire le mot, les micro-organismes pathogènes qui envahissent nos tissus. C'est du moins ce que tendent à prouver les résultats des recherches récentes faites par Metschnikoff, et que l'auteur a exposés dans une série de publications (1).

Il y a quelques jours a paru le travail du professeur Ribbert, de Bonn, cité plus haut, dans lequel ce conflit préservateur qui s'élève entre des micro-organismes pathogènes (*aspergillus fumicatus* et *flavescens*, certains schizomycètes) et les éléments cellulaires des organes tels que le foie, le poumon, les ganglions mésentériques, les reins, la rate, est exposé avec beaucoup de clarté, d'après des observations faites par l'auteur. Pour les détails, nous renvoyons à l'original.

E. Ricklin.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

A l'occasion d'une récente Revue de thérapeutique sur *les inconvénients et les dangers pouvant résulter de l'em-*

(1) Voir entre autres : Virchow's Archiv, t. XCVI, p. 177. et XCVII p. 507. et Forschritt der medicin., 1884, n° 17.

ploi du sublimé comme agent d'antisepsie (1), M. le docteur Jean Kasparianz (de Tiflis), nous adresse les conclusions d'un travail paru en 1872, et dans lequel l'auteur exposait les résultats de ses recherches expérimentales sur l'intoxication par le mercure, faites dans le laboratoire du professeur Abolensky (de Charkow). Voici ces conclusions :

« 1. L'empoisonnement par le mercure provoque dans les reins, les testicules et les parotides, une inflammation parenchymateuse avec dégénérescence graisseuse de ces organes.

« 2. Cette inflammation est d'autant plus intense que l'empoisonnement est plus aigu.

« 3. L'empoisonnement par le mercure provoque une spermatorrhée dont l'apparition est d'autant plus prompte et plus intense que l'empoisonnement a eu un caractère plus aigu.

« 4. L'empoisonnement par le mercure s'accompagne toujours d'un état catarrhal des yeux; quelquefois il se développe une kératite avec ulcérations consécutives.

« 5. L'empoisonnement par le mercure s'accompagne d'une plus ou moins grande dégénérescence graisseuse des fibres musculaires.

« 6. L'introduction du mercure dans l'organisme par la voie hypodermique produit toujours des lésions du tractus gastro-intestinal en général et du rectum en particulier.

« 7. Cette dernière lésion se manifeste déjà pendant la vie sur l'animal soumis à l'expérience, par des selles hémorrhagiques, accompagnées de tenesme.

« 8. Le mercure introduit dans l'estomac à doses toxiques peut occasionner la mort de l'animal avant qu'il ne se développe un changement quelconque dans le tractus gastro-intestinal.

« 9. Du côté des poumons, on constate les lésions suivantes : l'anémie, la stase sanguine et l'inflammation, qui ne sont pas constantes et ne sont que des phénomènes consécutifs aux troubles circulatoires. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le rein dans ses rapports avec le diabète, par P.-S. Inglessis.

Cette thèse est le type du travail compendieux par excellence, et il nous paraît bon, en passant, de protester contre ces volumineux dossiers. Les dépouille-t-on, on n'y trouve rien ou peu de chose, et tel nous paraît le cas présent. On en jugera par les conclusions suivantes :

1° Les altérations rénales, dans le cours du diabète sucré, sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

2° La plus habituelle de ces altérations est l'hypertrophie fonctionnelle des reins, qu'on rencontre surtout pendant la période d'augmentation, d'état de la maladie; histologiquement, elle se traduit par un accroissement notable des cellules des tubes contournés.

3° Les néphrites ne surviennent le plus souvent que pendant la période de déclin. La néphrite parenchymateuse est la plus fréquente.

Contentons-nous, en guise de critique, de demander à l'auteur si 156 pages de texte serré étaient nécessaires pour dire à nouveau ce que les travaux de Lancereaux, Cornil, Lécorché, Bartels, Ebstein, nous ont appris, et s'il n'eût pas mieux valu condenser en quelques pages ses recherches personnelles, qui toutes ont trait à l'histologie du rein, ainsi qu'en témoigne une fort belle planche admirablement dessinée par l'habile Karmanski.

Une septicémie expérimentale, par B.-A. Charrin.

En guise de thèse inaugurale, M. Charrin nous donne le résultat des expériences auxquelles il s'est livré dans le laboratoire du professeur Bouchard. Un tel travail ne supporte pas l'analyse, car il n'a de valeur que par la multiplicité des faits vus et observés, et par la pensée directrice qui a présidé à sa conception. Cela dit, essayons en quelques mots de faire comprendre au lecteur ce qu'est ce travail tout à fait personnel.

Sur les cadavres de lapins *morts du charbon bactéridien*, il peut se développer un *microbe particulier*, et ce microbe s'est montré dès les premières inoculations; les animaux mouraient avec des signes de maladie infectieuse, tandis que la bactéridie charbonneuse disparaissait.

Les symptômes présentés par les animaux sont les suivants : Élévation de la température centrale de 1 à 2 degrés, perte d'appétit, abattement, poil hérissé, accélération de la respiration; parfois des convulsions, une albuminurie constante, tel est le tableau clinique.

Le microbe qui cause cette phénoménologie a un habitat spécial : le sang. Aussi en découle-t-il ce fait, c'est que la plupart des viscères sont contagieux, puisqu'ils contiennent presque tous du sang; tandis que les tissus, comme la cornée, les cartilages, dépourvus de vaisseaux, sont impuissants à reproduire cette septicémie.

Comment ce microbe fait-il son effraction? quelles sont ses portes d'entrée? L'expérimentation démontre péremptoirement que le tissu cellulaire sous-cutané est un milieu extrêmement favorable à l'inoculation, puisque 123 inoculations ont toutes été fructueuses. La voie intra-veineuse est également certaine, et c'est même celle qui donne lieu aux infections les plus rapides; par le tube digestif, l'effet est beaucoup plus lent.

Enfin, cette maladie est transmissible au fœtus. Dans le chapitre V de sa thèse, M. Charrin examine les différentes espèces animales capables de contracter la maladie ou de lui résister, et nous devons signaler ici une contradiction qui, d'ailleurs, n'a pas échappé à l'auteur, mais qui nous paraît plus grave qu'il ne le dit. C'est la résistance de certains cobayes, tandis que d'autres succombaient, et cela, alors que la dose, la technique restaient semblables. Il y a là un point à élucider et qui ne se conçoit guère. Parmi les animaux inaptes à contracter cette nouvelle septicémie, signalons les grenouilles, les chiens, la poule.

Le microbe pathogène est ovoïde, d'une largeur de 0 μ 8 à 0 μ 4, et d'une largeur de 1 μ. Il forme souvent des chaînettes, et fixe les couleurs d'aniline, se développe dans le bouillon de bœuf et de lapin, ainsi que sur la gélatine peptonisée et l'agar-agar.

Ainsi que nous le disions au début de cette analyse, ce travail ne conclut pas, et plus d'un lecteur demandera « Qu'est-ce que cela prouve? » A cette question, répondons par une autre : « Qu'est-ce que prouve un bon tableau, une statue bien exécutée? Rien, si ce n'est du talent. Tel nous semble devoir être l'avis de ceux qui liront la septicémie de M. Charrin.

(1) Voir Gazette médicale, 1885, n° 28, p. 320.

De la péricardite aiguë des vieillards, par Ch. Lejard.

Cette thèse, écrite sous l'inspiration du docteur Quinquaud, est l'excellent résumé d'une question bien délaissée ; aussi faut-il louer M. Lejard d'avoir su réunir dans une thèse suffisamment concise les documents épars sur ce sujet, en même temps qu'il lui apporte un appoint remarquable tant par ses observations personnelles que par les considérations cliniques dont il les accompagne.

La péricardite aiguë des vieillards n'est pas aussi rare qu'on a coutume de le dire, et c'est surtout entre soixante-dix et quatre-vingt-dix ans qu'on l'observe ; elle paraît plus fréquente chez la femme. Comme la péricardite aiguë des adultes, celle des vieillards peut être primitive ou secondaire, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente, c'est donc dans le cours du rhumatisme, de la maladie de Bright, de la tuberculose, qu'on la rencontre, mais il convient d'y ajouter un élément de premier ordre qui n'est autre que la sénilité.

Comme le dit très bien M. Lejard : « De même que chez « l'adulte, le surmenage exerce une action manifeste sur la « genèse et l'évolution des maladies, de même, chez le vieil- « lard, la péricardite aiguë apparaît après un affaiblissement « notable de l'individu. »

Dans un chapitre fort bien écrit, M. Lejard nous retrace en quelques mots les modifications du cœur et du péricarde dues à l'âge avancé : hypertrophie du ventricule gauche, surcharge graisseuse, dégénérescence graisseuse, bref lésions séniles du myocarde, tout cela est indiqué clairement. On conçoit donc bien que ce péricarde, doué d'une vitalité si minime, présente un terrain favorable à l'éclosion de ces inflammations bâtardes qui constituent la généralité des péricardites. Celles-ci sont sèches ou avec épanchement, et, parmi ces dernières, il faut signaler la plus grande fréquence des péricardites séro-purulentes et hémorrhagiques.

Nous ne dirons rien de l'anatomie pathologique, si ce n'est que M. Lejard nous semble parfaitement d'accord avec les faits, en protestant contre la loi qu'on a voulu imposer aux péricardites hémorrhagiques en les faisant toutes dériver de néo-membranes. Cette application de la doctrine de Virchow se trouve contredite ici, aussi bien que dans les hémorrhagies méningées ou les pleurésies hémorrhagiques.

La symptomatologie est une des plus pauvres qu'il soit possible d'imaginer, car cette péricardite n'a d'aigu que le nom ; l'adynamie, tel est son caractère, avec la tendance aux syncopes, lypothimies et au refroidissement périphérique. C'est dire que le chapitre du diagnostic est des plus épineux et que la sagacité du médecin a beau champ à se montrer.

Terminons en remerciant M. Lejard de son intéressant travail ; c'est certainement là l'œuvre d'un médecin consciencieux et instruit, et il serait désirable que beaucoup de thèses semblables fussent soutenues devant notre Ecole.

Juhel-Rénoy.

FORMULAIRE

Préparations d'iodoforme désodorisé avec la poudre de café torréfié

M. Oppler a expérimenté la poudre de café torréfié à titre de substance antiseptique, pour le pansement des plaies. Incidemment il s'est aperçu que le produit en question exerce sur l'iodoforme une action désodorisante très énergique. Comme d'ailleurs la poudre de café torréfié jouit de propriétés antiseptiques assez puissantes, son association à l'iodoforme ne peut qu'être avantageuse pour la bonne cicatrisation des plaies à ciel ouvert (1). Voici deux formules données par l'auteur, pour la préparation d'une poudre et d'un onguent à l'iodoforme et au café en poudre :

1° Rec. Iodoforme. . . . . 50 grammes.
Poudre très fine de café torréfié. 25 —

M. — Après addition de quelques gouttes d'esprit d'éther.

2° Rec. Iodoforme. . . . . 1 gramme.
Paraffine. . . . . 10 —
Poudre très fine de café torréfié 0 gr.,3.

M. s. a.

M. Oppler indique également la composition d'un électuaire purgatif, qui est accepté par les enfants les plus difficiles, et dans lequel entre la poudre de café torréfié. En voici la formule :

Rec. Huile de ricin. . . . . 20 grammes.
Sucre blanc. . . . . }
Poudre très fine de café torréfié } âã 10 —

M. s. a. — A prendre par cuillerées à thé.

(Centralblatt für Chirurgie, 1885, n° 30.) E. R.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille. — Dans le courant de cette semaine, la réapparition du choléra à Marseille a été constatée officiellement. Des bruits exagérés ont été répandus sur la marche de l'épidémie. A ce propos, le Sémaphore a publié les renseignements suivants :

« Le Conseil sanitaire s'est réuni extraordinairement, hier, sous la présidence du préfet. Le but de cette réunion était d'examiner la situation faite à Marseille par les bruits qui circulent au dehors sur notre état sanitaire et par les mesures qui atteignent déjà les provenances de notre ville dans la Méditerranée.

« Après examen sérieux de la question, le conseil a décidé d'adresser au ministre du commerce, de qui il relève, le télégramme suivant, dont nous garantissons à très peu près l'authenticité :

« Nous certifions que l'état sanitaire du pays et de ses envi- « rons est assez satisfaisant, mais qu'on y constate quelques « cas sporadiques de choléra depuis quelques jours, toutefois « avec tendance à diminution. »

A la première nouvelle de la réapparition du choléra dans les Bouches-du-Rhône, MM. les docteurs Brouardel et Proust, délégués du gouvernement, sont partis pour Marseille. Les dernières nouvelles reçues de cette ville portent ce qui suit :

Marseille, 6 août. — Dans les dernières vingt-quatre heures, l'état civil a enregistré 65 décès, dont 33 cholériques.

(1) Pour les plaies profondes, anfractueuses, il y a à craindre, selon la remarque du professeur Lücke, qu'après résorption de l'iodoforme, la poudre de café, qui échappe à l'absorption, ne demeure en place et joue le rôle de corps étranger.

Treize malades ont été transportés à l'hôpital de la Conception dans le pavillon spécial.

La commission administrative des hospices civils s'est réunie extraordinairement dans la soirée et a décidé qu'il y avait lieu d'ouvrir un hôpital provisoire au Pharo aussitôt que les trentes lits spéciaux de l'hôpital de la Conception seront occupés.

— LE CHOLÉRA EN ESPAGNE.— Lesdernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 5 août, les chiffres des décès par choléra et des cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants :

	Cas.	Décès.
A Madrid.	37	26
Dans la province de Saragosse. . .	838	374
» de Castellon. . .	372	108
» de Valence. . . .	206	100
» de Albacète . . .	200	89
» d'Alicante. . . .	228	98
» de Tolède.	201	70
» de Grenade. . . .	529	257
» de Tarragone. . .	184	98
» de Murcie.	241	104
» de Teruel.	470	161
» de Cuença. . . .	216	74
» de Navarre . . .	186	43

— La souscription ouverte par la Société médicale des hôpitaux pour le buste en bronze de M. Gueneau de Mussy s'élève, à ce jour, à plus de 1,000 francs.

Les membres du comité d'organisation : MM. les docteurs Féréol, Huchard et Fernet, continueront à recevoir les souscriptions jusqu'au 8 août, date fixée pour la clôture de la liste.

— Le samedi 1er août a eu lieu l'inauguration du buste de Guerrier de Dumast, dans la cour du palais de l'Académie, à Nancy. Ce buste a été élevé à la mémoire du savant lorrain qui a tout fait pour obtenir la création des Facultés des lettres et des sciences; puis, plus tard, celle de la Faculté de droit. L'illustre Dumast avait toujours eu la passion la plus vive pour la nationalité lorraine, et c'est grâce à sa ténacité que la capitale de la Lorraine obtint du gouvernement le rétablissement, pour ainsi dire la résurrection de son ancienne Université.

Les événements de 1870-1871 ont ajouté aux trois Facultés existantes une Faculté de médecine et complété l'Université lorraine tant rêvée par Guerrier de Dumast.

Son buste est l'œuvre d'un très jeune et habile artiste lorrain, Schiff, qui s'est déjà fait remarquer à Nancy et au Salon de Paris.

— M. le docteur Faurot, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier, d'une manière spéciale, la faune de la mer Rouge et de chercher les rapports de cette faune avec celle de la Méditerranée et de l'océan indien.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort du grand naturaliste français, M. Milne-Edwards, professeur de zoologie au Muséum, membre de l'Institut et doyen de la Faculté des sciences, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 85 ans, né à Bruges le 23 octobre 1800; — de M. le docteur Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, décédé à l'âge de 41 ans; — de M. le docteur G. Restellini, premier chirurgien de l'Hôpital-Majeur de Milan et professeur de clinique chirurgicale au même hôpital.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pendant les vacances, le secrétariat de la Faculté sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, du mercredi 5 août au samedi 10 octobre 1885. Pendant cette même période, M. le secrétaire recevra tous les mercredis de une heure à trois heures.

La bibliothèque de la Faculté et le musée Orfila seront ouverts : 1o pendant le mois d'août 1885, tous les mardis seulement, de midi à quatre heures ; 2o du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Denigès est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Larnaudie, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Voici la liste des lauréats de la Faculté de Nancy pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année. — Prix : M. Friant; mention honorable : MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années. — Prix d'anatomie et physiologie : M. Eugène Licht.

Quatrième année. — M. Ruotte.

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit) : M. Beauquel ; mention honorable : M. Haushalter.

***

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Les places d'aide de clinique médicale et chirurgicale vont être transformées en places de chefs de clinique. Les concours s'ouvriront les 12 et 19 octobre. Les candidats devront être docteurs en médecine.

***

Sont admis à prendre part aux épreuves orales du concours pour l'obtention des bourses de licence près le Muséum d'histoire naturelle : MM. Censier, Lelandais, Loubignac, Marion, Sigaut et Vasticar.

***

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 3 août 1885, M. Hébert, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

***

MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 20 août 1885, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

***

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté du 17 juillet 1885, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siége des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le 26 octobre 1885. Les registre d'inscription seront clos, au secrétariat de l'Académie dans laquelle résident les candidats, le 17 octobre, à quatre heures.

***

HÔPITAUX DE REIMS. — Le concours pour une place de médecin suppléant vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 23 juillet 1885, M. Du Mouza, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 13 juillet 1885, M. Martin-Dupont, médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 26 JUILLET AU SAMEDI 1er AOUT 1885.

Fièvre typhoïde 42. — Variole 2. — Rougeole 23. — Scarlatine 2. — Coqueluche 7. — Dipthérie, croup 18. — Choléra 0. — Dysenterie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 172. — Autres tuberculoses 17. — Autres affections générales 62. — Malformation et débilité des âges extrêmes 44. — Bronchite aiguë 8. — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 99. — au sein et mixte 37. — Inconnu 9. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 66. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 50. — de l'appareil digestif 48 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 8. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 29. — Causes non classées 20. — Total de la semaine : 952 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de pathologie externe, par MM. A. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société de chirurgie, lauréat de l'Académie de médecine, etc., et M. Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie, etc. Tome III et dernier (dû aux souscripteurs). 1160 p. et 313 figures. (L'ouvrage est maintenant complet; il forme 3 forts volumes grand in-8, comprenant 3,134 pages, avec 714 figures originales dans le texte) A partir de ce jour, le prix de l'ouvrage est porté à 50 fr. —Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Système vasculaire. — Circulations locales. — Procédés d'injection des veines du cœur vers les extrémités, par le docteur L. Bouceret, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Première partie : La Main. — Un volume gr. in-8 cartonné, avec 4 planches en chromo hors texte. — Prix : 5 fr. — (Cette première partie a été couronnée par l'Académie des sciences (Prix Monthyon) — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes sur le sulfure de carbone, par le docteur E. Sapelier. Brochure in-8 de 130 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les calculs urinaires et biliaires (physiologie, analyse, thérapeutique), par le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. Un volume in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA SPLÉNALGIE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — DE L'IMPORTANCE DE CE SYMPTÔME POUR LE DIAGNOSTIC DES FIÈVRES PALUDÉENNES PERNICIEUSES, DES FIÈVRES LARVÉES ET DE CELLES A TYPE IRRÉGULIER OU A FORMES ANORMALES, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

On sait que la rate ne possède qu'une sensibilité obtuse, et l'observation d'Assolant, qui vit nn chien éventré manger sa propre rate, en est la prenve convaincante et souvent citée. La douleur spontanée est tout à fait exceptionnelle dans cet organe. Si l'on a constaté parfois nne douleur, une sorte de point de côté ayant pour siége la région splénique, cette douleur ne paraît tenir qu'à une gêne on à nne compression des organes avoisinants, compression occasionnée par l'augmentation du volume de la rate. En revanche, la pression ou même la simple palpation de la région splénique produit souvent de la douleur, et en particulier dans les cas d'impaludisme. Mais, si cette douleur provoquée par la palpation ou la pression a été signalée, elle ne l'a été pour ainsi dire que d'une manière incidente et sans que les auteurs aient essayé d'en faire bénéficier la séméiologie non plus que la pratique médicale. Au siècle dernier, un médecin de Berlin, le professeur G.-G. Selle (*Rudimenta pyretologiæ methodicæ*), avait cependant, à la suite de Forest (XVIe eiècle) et de Sauvages, mentionné dans les fièvres l'existence d'une douleur en même temps que d'une tuméfaction de l'hypochondre gauche (*Dolor et tumor hypochondrii sinistri*, Amsterdam, 1787, p. 134), douleur et tuméfaction que le médecin allemand rattachait à l'inflammation de la rate.

Alibert, dans son *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses* (4e édtion, 1809), ne parle pas de l'endolorissement de la région splénique. Ni Barbier (d'Amiens), dans son court travail intitulé : *Réflexions sur la fièvre* (1), ni d'Ardonville, dans son Mémoire *sur les fièvres* (2), non plus que Gendrin, dans son récent *Traité philosophique des fièvres périodiques* (1877), ni E. Maurel, dans son *Traité des maladies paludéennes à la Guyane* (Paris, 1882), ne signalent cette hyperesthésie.

Si Maurice Jeannel (*Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique* de Jaccoud, t. XXX, p. 491) mentionne de la douleur, en distinguant une douleur qui appartient aux processus aigus avec dilatation hrusque de la rate, au cancer ou aux ruptures de cet organe, et une douleur provoquée, qui eet sous la dépendance de toute affection de la rate eans exister nécessairement, cet auteur ne cherche pas quelle peut être la valeur séméiologique de ces symptômes. Par contre, M. E Besnier semblait en avoir entrevu l'importance dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (3e série, t. III, p. 455). Cet auteur dit, en effet, que la douleur provoquée, si on la recherchait « plus souvent, permettrait d'arriver à des résultats plus précis, et il est peu de sujets, rateleux à un titre qnelconque, qui n'aient une hypereethésie euperficielle ou profonde de la région splénique à la palpation, à la percussion ou aux applications thermiques. Cruveilhier a insisté, à plusieurs reprises, sur ce fait, que chez les sujets atteints de splénopathies diverses, il existait, régulièrement, une concordance entre l'aire de la matité et un espace dans lequel la percussion déterminait, chez le malade, des sensations douloureuses plus ou moine accentuées. Piorry, d'autre part, a insisté longuement sur le diagnoetic différentiel des névralgies intercostales gauches et des *pleurodynies* de cette région qui, suivant lui, ne eont, le plus fréquemment, que de la névrosplénalgie ; mais le seul signe propre qu'il en donne est la limitation à la matité splénique non augmentée, et l'absence des signes qui appartiennent aux pleurodynies communes. Il faut avouer, ajoute M. Besnier, que la distinction est assez euhtile, et les médecins qui ont pris la peine d'approfondir constamment la valeur des déclarations faites par le plus grand nombre des patients sur nn eujet aussi délicat conserveront des doutes prndents. Il n'y a pas lieu, cependant, de ne tenir pas compte de considérations qui peuvent, dans certaines circonstances, donner lieu à une indication thérapeutique spéciale ; il faut prendre note également de cette assertion de Piorry, que des névralgies, liées à une splénopathie, pourraient simnler nne *angine de poitrine* et ne guérir que par l'emploi du *sulfate de quinine*, et il peut être utile d'examiner l'état de la rate ou de tenter l'emploi du eel quinique dans lee névralgies angineuses. »

(1) Paris, 1821.
(2) *Mémoires sur les fièvres en opposition avec les nouvelles doctrines*. Paris, 1821.

Dans ma pratique déjà longue, au milieu d'une population où les fièvres paludéennes, bien que diminuant tous les jours de fréquence, ne sont pas rares, mon attention avait été déjà attirée il y a une douzaine d'années sur la douleur de la région splénique à la pression. Et ce symptôme m'a depuis servi maintes fois à guider mon diagnostic et consécutivement ma méthode de traitement, dans des cas peu nets d'impaludisme. J'avais vu dans ce signe, bien qu'on ne puisse pas toujours le rencontrer, un élément important de diagnostic pouvant prévenir bien des mécomptes, surtout dans les cas d'abcès pernicieux. Car, lorsque cette douleur existe, on ne doit pas hésiter à recourir au sulfate de quinine.

Depuis que mes premières observations et mes premières notes ont été rédigées, j'ai constaté avec plaisir que M. le docteur Obédénare avait signalé de son côté l'importance de cet endolorissement de la région splénique dans son article de Géographie médicale sur les *Provinces danubiennes*, paru en 1880 dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Puis, bientôt après, la deuxième édition du livre de M. Duboué (de Pau) sur l'*Impaludisme*(1) tombait entre mes mains. Et là j'ai vu que ce médecin, aussi instruit que consciencieux, non seulement avait le premier décrit ce symptôme, mais même qu'il y avait insisté à plusieurs reprises.

J'avais donc pris le parti de laisser de côté mes propres observations; mais, ayant remarqué maintes fois depuis lors, que M. Duboué semble avoir prêché dans le désert, et que nos livres classiques persistent à être muets sur la splénalgie, je me suis décidé à apporter ma part d'observation sur ce point de la science. Je vais donc signaler quelques-uns des faits les plus remarquables qui se sont présentés à moi, et je tâcherai d'en déduire quelques conclusions pratiques.

Obs. I. — *Accès de fièvre intermittente simulant une pleurésie. — Point de côté en toussant. — Douleur de la région hypochondriaque gauche à la pression. — Sulfate de quinine plusieurs jours de suite. — Guérison.*

Il s'agit d'une petite fille de 8 ans, qui fut prise d'une fièvre violente dans l'après-midi du 8 décembre 1873. La nuit suivante et le lendemain, elle fut assez tranquille; mais, dans la nuit du 9 au 10, entre minuit et trois heures, elle eut un accès de fièvre avec délire et agitation considérable.

Elle toussait et se plaignait en toussant de souffrir du côté gauche. On me fit appeler le 10, à huit heures du soir, pour soigner, croyait-on, une maladie des voies respiratoires. Il y avait un peu de fièvre. Je ne trouvai rien à l'auscultation, la langue était blanche, la face vultueuse, les yeux très brillants. Elle répondait précipitamment à mes questions. Le ventre était légèrement ballonné; il n'y avait pas eu de selle de la journée. Je conseillai un lavement avec une petite poignée de sel marin, l'application de quelques sinapismes aux jambes; et, comme je venais d'apprendre qu'un confrère l'avait déjà vue dans la journée, je me contentai de donner le conseil d'exécuter la prescription déjà faite et qui contenait du sulfate de quinine.

Le lendemain soir, 11, à huit heures, on vint me chercher de nouveau; je refusai d'y aller seul; à neuf heures, on revenait me supplier avec instance; le médecin traitant était absent pour quelques jours. Je suivis le père, et je trouvai la petite fille dans un état d'agitation très violente. Le pouls battait de 130 à 140 fois par minute. L'accès avait débuté à deux heures par un frisson. Il y avait sept heures que cet accès durait Les sinapismes refusaient de prendre. En approchant du lit, j'avais appliqué ma main sur les dernières côtes à l'hypochondre gauche; l'enfant poussa un cri et fit un soubresaut. J'auscultai de nouveau; je ne trouvai rien, mais la percussion me fit découvrir une hypertrophie splénique notable. Je prescrivis : 1o une pilule de 0,10 cent. de sulfate de quinine toutes les heures en s'arrêtant après la quatrième si la fièvre se calmait.

2o Une potion ainsi formulée :

R. — Hydrolat de laurier-cerise, 15 grammes;
Sirop de fleurs d'orangers, 40 grammes;
Hydrolat de laitue, 100 grammes.

F. s. a. — A prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

3o Un lavement avec 20 gr. de sulfate de soude.

4o L'application de sinapismes sur les cuisses et les jambes.

Le 12 décembre, à huit heures du matin, la fièvre est un peu calmée. La petite malade s'est assoupie à minuit. Elle a pris 3 pilules. Le pouls est à 100-104. La langue est très saburrale. Il y a de l'herpès à la narine droite et à la commissure labiale du même côté.

Je prescris : 1o Huile de ricin, 15 à 20 gr.; 2o A midi ou à une heure, une nouvelle pilule de sulfate de quinine suivie d'une seconde une ou deux heures après.

L'hypochondre gauche n'est presque pas sensible à la pression.

Le 12, à six heures du soir, l'apyrexie est presque complète. La petite fille attiffe une poupée sur son lit. Il y a eu deux selles abondantes. La face est pâle; le pouls est à 92. La région splénique n'est plus douloureuse; il n'y a pas d'augmentation de volume de la rate.

Je prescris, pour huit heures du soir, une pilule, et trois autres pour demain, dans la matinée, de deux heures en deux heures.

Le 13, lavements de graine de lin le matin; survient un léger accès fébrile. On donne une pilule le soir.

Le 14, dans la matinée, on donne 3 pilules de 10 centigr. de sulfate de quinine; un nouvel accès fébrile assez léger se produit encore, mais seulement à deux heures.

Le 15, au matin, je fais prendre trois nouvelles pilules semblables, à trois heures d'intervalle; il ne survint pas d'accès ce jour-là, non plus que les jours suivants. La jeune malade était guérie.

Réflexions. — Je me contenterai d'attirer l'attention sur quelques particularités de cette observation :

1° L'irrégularité des accès qui reviennent le soir et la nuit. Cette irrégularité est due probablement à l'ingestion de petites doses de sulfate de quinine avant ma première visite.

2o La violence de la douleur à la pression de l'hypochondre gauche durant l'accès fébrile.

3o La disparition de la sensibilité splénique dans les intervalles d'apyrexie.

4o Dans ce fait où la périodicité était fort incomplète, chaque accès retardant un peu sur le précédent, grâce probablement au sulfate de quinine qui avait été ingéré, l'embarras était permis.

5o Bien plus, les accès auxquels j'assistai survinrent la nuit, et à une heure assez insolite dans les fièvres paludéennes. Mais le résultat thérapeutique obtenu si rapidement par la médication spécifique de l'impaludisme confirmerait suffisamment le diagnostic.

6o Enfin, je ferai remarquer que la douleur à la pression de la région splénique a existé chez une enfant de 8 ans, avec une grande violence, à l'encontre de l'opinion de M. Duboué, qui a écrit la phrase suivante : « La douleur splénique est de nulle valeur chez les enfants (1) ».

(A suivre.)

(1) *De l'impaludisme*. Paris, 1881.

(1) *De l'impaludisme*, 2e édition, p. 476.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Epithélioma du clitoris. — Ablation. — Guérison ; par M. Polaillon, chirurgien de la Pitié, professeur agrégé, membre de l'Académie de médecine. (Observation communiquée à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, à la séance du 11 juin 1885.)

La nommée Parig..., âgée de 70 ans, journalière, entre le 9 janvier 1885 à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy n° 14, pour une tumeur de la vulve.

Ses antécédents héréditaires sont nuls ou inconnus. Réglée à 12 ans, elle a eu six enfants, qui se sont toujours bien portés. Elle nie tout accident syphilitique et ne présente aucune trace de syphilis.

Cette malade prétend ne s'être aperçue de sa tumeur que depuis trois semaines. Cependant elle avoue que, deux mois au moins avant sa constatation, elle perdait souvent un liquide purulent et quelquefois un peu de sang. En même temps, elle ressentait quelques douleurs comparables à des piqûres d'aiguille. Il est difficile d'admettre que sa tumeur vulvaire ait eu une évolution aussi rapide. Il est probable qu'elle a été précédée par l'existence d'une verrue ou d'une induration, qui est restée stationnaire pendant longtemps, et qui a pris tout à coup un accroissement rapide. Nous avons, d'ailleurs, affaire à une malade trés négligente de sa personne, et dont la mémoire paraît fort affaiblie.

La tumeur occupe le clitoris et la petite lèvre droite (Voy. la figure ci-jointe). Elle est grosse comme un œuf de poule, mamelonnée, rougeâtre, assez dure, excoriée dans certains points. Les sécrétions vulvaires mélangées au pus, au sang, à l'urine et aux débris épithéliaux, humectent sa surface et produisent une odeur infecte.

Epithélioma végétant du clitoris, à évolution rapide, chez une femme âgée. Dessin par M. Glover, élève du service.

Elle est attachée au pubis, au niveau du corps du clitoris, et pend au devant de l'orifice vulvaire. Quand on la soulève, on voit que le méat urinaire est libre et sain. La muqueuse de l'orifice vaginal est normale ; les grandes lèvres ne présentent aucune induration suspecte. Point de dégénérescence des ganglions inguinaux.

La santé de la malade est bonne. Aucune lésion au cœur. Les urines sont normales.

Du 9 au 15 janvier, j'observe que la tumeur augmente notablement de volume et qu'elle devient le siège de douleurs vives. Ce sont là deux raisons pour me hâter d'enlever cette tumeur, qui présente tous les signes d'un épithélioma.

Le 15 janvier, *opération*. Chloroformisation. Je cerne tonte la base de la tumeur par une incision avec le thermocautère, de manière à dépasser largement les limites du mal. Je dissèque ensuite peu à peu cette base avec l'instrument porté au rouge sombre. Malgré la précaution de procéder lentement et de donner au cautère une faible intensité de calorique, l'écoulement sanguin est assez abondant, surtout lorsque j'arrive près des racines du clitoris. Cinq ligatures sont nécessaires.

L'ablation comprend tout le corps du clitoris, la petite lèvre droite, la moitié supérieure de la petite lèvre gauche et une partie de la grande lèvre droite. Il en résulte une plaie, presque circulaire, qui s'arrête à une petite distance du méat urinaire.

Dans le but surtout d'arrêter l'hémorrhagie par une sorte d'acupressure, j'établis trois points de suture métallique qui affrontent transversalement la partie supérieure des grandes lèvres. Une sonde en caoutchouc rouge est placée à demeure dans la vessie. Compresses boriquées sur la vulve.

Les suites de l'opération furent simples.

Au bout de trois jours, la sonde à demeure fut retirée. Au bout de cinq jours, les points de suture furent coupés, parce que l'hémorrhagie ne semblait plus à craindre. Il n'y avait aucune réunion. La surface de la plaie présentait une couche de tissus mortifiés par le thermocautère et en voie d'élimination.

Plusieurs fois par jour, on lavait la plaie avec de l'eau boriquée à 1/20 et on pansait avec des compresses imbibées de la même solution.

Le 21 janvier, hémorrhagie abondante provenant d'une artère clitoridienne. L'interne du service, M. Demoulin, saisit l'artère avec une pince à forcipressure qu'il laisse à demeure.

Le 23, la plaie est complètement détergée, bourgeonnante. La pince à forcipressure est enlevée. La malade, qui avait eu jusqu'à présent de l'incontinence d'urine, commence à uriner volontairement.

La cicatrisation se fit régulièrement, mais lentement.

Le 5 mars, elle n'était pas encore complètement achevée, lorsque la malade retourna chez elle.

Depuis lors, je n'ai pas revu mon opérée. J'ai lieu de supposer qu'elle est guérie. Cependant, je ne me dissimule pas que la récidive est fort probable.

Bien que l'épithélioma de la vulve soit beaucoup plus rare que l'épithélioma de la bouche, il présente, comme ce dernier, la même tendance à la récidive. J'ai le souvenir d'avoir opéré deux épithéliomas vulvaires que j'ai vu récidiver au bout de quelques mois. Je n'ai pas beaucoup d'espoir que le troisième cas, que je rapporte, fasse exception à la règle.

PATHOLOGIE MÉDICALE

La pseudo-scrofule, par le docteur Edmond Chaumier de Pressigny-le-Grand.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Contagiosité, épidémicité.

Les autsurs dont j'ai déjà parlé ont rapporté de nombreux exemples de contagion. Tilbury Fox a signalé plusieurs petites épidémies, Wooster Beach a également publié la relation d'une.

Dans l'espace d'une année, j'ai observé plus ds 300 cas d'impétigo survenus épidémiquement dans plusieurs communes. Lorsqu'un village était atteint, la plupart des enfants, et un certain nombre d'adultes, gagnaient la maladie.

Je citerai seulement les faits que j'ai obssrvés dans la commune du Grand-Presssigny. Je crois que ce ssront là des preuvss suffisantes.

Epidémie du Grand-Pressigny.

Observations. — 19 juillet 1883. — Chartier, fille, 9 ans : large plaque rose au menton. La croûte a été enlevée par le grattage. Début il y a huit jours par des bontons blancs. Croûtes autour des narines, vésicule sur le cou, croûtes sur la tête. Une camarade de clas-e avait dernièrement le même mal.

4 août. — Robin, fille, 2 ans et demi : croûtes et taches rouges sur le menton, les joues, l'avant-bras, le cuir chevelu. Début 25 juin. Avait couché à la Celle-Guenand avec sa tante, qui avait le même mal.

19 août. — Pas d'impétigo à l'école des filles. A l'école des garçons, l'enfant Pineau a une croûte au menton.

20 août. — Lyon, fille, 12 ans : trace brunâtre d'une croûte qui a duré longtemps ; son frère, 8 ans, avait des croûtes en même temps. Début par des boutons blancs qui suintaient des gouttes de liquide.

17 octobre. — Enfant Arnault : croûtes depuis huit jours au sourcil et au front, à la suite d'une plaie ; vésicules sur la figure, qui deviennent des croûtes les jours suivants. La mère gagne des croûtes à la figure et aux mains.

17 octobre. — Delaunay, garçon, 4 ans : croûtes à la figure et à différents endroits du corps ; a eu déjà ce mal il y a deux aos, en même temps que sa sœur. Il a gardé assez longtemps des taches rouges.

10 novembre. — Trois sœurs Champigny, 9 et 7 ans, et un frère plus jeune : croûtes à la figure et aux mains.

10 novembre. — Bédoin, fille, 8 ans : croûtes à la figure et aux mains.

10 novembre. — Georget, fille, 11 ans : croûtes aux mains.

11 novembre. — Porcheron, garçon, 8 ans ; début il y a trois semaines par des boutons à une oreille. Surface suintante, dépourvue de croûte à l'oreille, traces au menton et à la main. Il dit que beaucoup d'enfants de l'école ont eu ce mal cette année. Il y a quelques années, il a déjà eu la même maladie, en même temps que ses frères, son père et sa mère.

14 novembre. — Latremblais, garçon, 6 mois : croûtes au menton et à une oreille depuis trois semaines. Plus tard, le frère et la sœur ont le même mal.

17 novembre. — Barrault, 5 ans et demi : se met en classe auprès d'un enfant qui a la figure couverte de croûtes. Depuis huit jours, il a une croûte au bout du nez. Le 5 décembre, il a deux nouvelles croûtes, et son frère, 2 ans, en a beaucoup sur la figure.

26 novembre. — Barrault-Roxu, 2 ans et demi : croûtes jaunes sur la plus grande partie de la figure. Son oncle est pris plus tard.

12 décembre. — Marin, 4 ans : toute la figure couverte de croûtes ; quelques vésicules récentes. La tête, couverte d'un bonnet de caoutchouc, répand une odeur affreuse ; suintements, etc. Type de ce qu'on appelle eczéma impétigineux. Le frère et la sœur gagnent bientôt des croûtes ; le père et la mère ont plus tard des lésions de même nature.

19 décembre. — Bruneau, fille, 10 ans : croûte et suintement à une oreille ; augmentation de la croûte. Deux sœurs, un frère et la mère gagnent le même mal.

24 décembre. — Emilie Moreau, 8 ans : croûtes à la figure et aux mains. Le frère et la mère sont atteints plus tard.

25 décembre. — Marie Chrétien, 7 ans : croûtes à la figure et aux mains.

31 décembre. — Dubois Sire, 4 mois : croûtes sur la tête, la figure et les mains. La mère est contagionnée.

6 janvier 1884. — Gardreau, fille, 10 ans : croûtes à la figure et aux mains.

8 janvier. — Destouches, 1 an et demi : croûtes sur la tête, ainsi que la sœur, 8 ans, le frère, 5 ans, et la mère. Le père a un furoncle au cou. Le mal a débuté par la fille qui va à l'école.

Le 11 janvier, 14 enfants de l'école des garçons sont atteints :

Marin, frère d'un précédent, 6 ans : croûtes à la lèvre et à la tête, près de l'oreille.

Lesèche, 11 ans : croûtes à la lèvre supérieure.

Cire, 10 ans : croûtes sur le cuir chevelu. Début au sourcil.

Bordelais, 10 ans : croûtes à la lèvre.

Chicberean, 8 ans : croûtes au menton.

Robin, 10 ans : croûte à la joue gauche, développée après une égratignure.

Charcelay, 13 ans : croûte à une jambe.

Joubert, 12 ans : croûte au menton et à la main.

Berry, 8 ans : croûtes à la nuque.

Demay, 7 ans : croûtes sur le cuir chevelu.

Lavau, croûtes sur le cuir chevelu.

Verna (Gustave), 10 ans et demi ; Verna (Eugène), 8 ans et demi : croûtes sur la tête ; le plus jeune en a aussi à une main. Deux sœurs, un frère et le père ont également de l'impétigo (en tout 6 personnes de la même famille).

Brault, 6 ans : croûtes au menton, aux oreilles et aux mains. Deux frères gagnent le même mal.

Enfin la fille de l'instituteur, 4 ans, a également des croûtes survenues à la suite d'égratignures de chat.

14 janvier. — L'enfant Rat a des traces roses à la figure, résultant de croûtes.

14 janvier. — Grindelle, fille, croûtes à la figure et aux mains.

14 janvier. — Jeuffrau, fille, à la suite d'une écorchure, bulles semblables à des bulles de brûlure.

16 janvier. — Bergerault, femme, croûtes aux mains.

1er février. — Marie Roy, 7 ans : croûte à la lèvre ; un frère, sur la tête.

2 février. — Deplais, âgé de quelques mois : panaris souscutané ; plus tard, croûtes sur la figure. Sa sœur en a dans le cuir chevelu, et un nourrisson allaité par la mère en gagne également, ainsi que le grand'père

2 février. — Maurice, fille : croûtes sur la face, ainsi que sa mère.

3 février. — Arnault Philipponeau, fille, 5 ans : croûte à la lèvre, trace à côté de la narine et au poignet, bulles dans la main. Deux frères ont eu des croûtes. Cela a commencé il y a un mois environ.

4 février. — Dubois, garçon, 1 an : croûtes grises sur la tête depuis un mois. Cinq personnes de la maison prennent de l'impétigo.

4 février. — Didier, fille : impétigo. Les premières croûtes ont succédé à des brûlures.

13 février. — Billard : croûtes jaune-gris sur la tête ; elles se détachent par petits fragments. Taches rouges sur le cou, croû-

tes en voie d'augmentation, lésions à la main. Sa sœur, 13 ans, a eu beaucoup de croûtes en septembre. Il y a deux ans, elles en ont eu aussi beaucoup, ainsi qu'un frère.

13 février. — Baamonde : croûtes à la lèvre supérieure. En a de nouveau en juillet, en même temps que les deux enfants de sa nourrice.

14 février. — Morise, 6 ans : croûtes à la face, sur la tête et à la cuisse gauche; lésions diverses aux mains.

14 février.—Rose Dechêne, 7 ans : croûtes sur le cuir chevelu.

23 février. — Charcelay, fille, domestique : croûte en voie d'augmentation sur la joue; lésions diverses aux mains. Les trois enfants de la maison, âgés de 8 mois, 3 ans et 8 ans, ont des croûtes sur la face, sur la tête et sur le corps. Le domestique a une croûte au poignet et une lésion de même nature au pied. Le père a diverses lésions aux mains. En tout 6 personnes de la même maison.

26 février. — Grateau : croûtes à une jambe, panaris à un doigt.

8 mars. — Marteau, 12 ans : croûtes aux oreilles, aux cuisses, à la nuque (granulata). A déjà eu cela il y a deux ans, en même temps que ses frères. Actuellement, une sœur, 6 ans, et la mère ont des croûtes.

11 mars. — Drault, fille, 14 ans; croûtes sur la tête; son frère, 12 ans, vient d'avoir des croûtes et des furoncles.

10 avril. — Ravau, croûtes ayant pris naissance sur une plaie, éruption vésiculo-croûteuse sur la joue et le nez.

18. — Mme Gerson et sa fille, croûtes à la nuque

25. — Billard, 1 an 1/2, impétigo vaccinal, tourniole. — La mère a des croûtes sur un vésicatoire; le père a des lésions de même nature aux mains; deux garçons ont des croûtes à la figure.

29. — Leblanc, croûtes dans le sourcil, sur le front, à l'oreille, tache au menton.

30. — Gentilhomme, impétigo vaccinal.

9 mai. — Galland, 12 ans, tache rose à la joue; un frère a des croûtes dans les narines; le père a des croûtes sur une plaie.

15. — Marin, croûte au menton, tourniole à un doigt. — Il survient des croûtes sur la face, la tête et la poitrine.

3 juin. — Boué, taches rouges aux poignets.

4. — Hérant, 15 ans, tache résultant de croûtes d'impétigo.

7 juin. — Gangneux, 23 mois, croûtes sur la face et la tête depuis le mois de janvier; sa sœur, 3 mois, en a sur la tête et les mains.

8 juin. — Coquelin, 19 mois, croûtes sur la tête et dans le dos, pustule de la cornée; les croûtes ont commencé pour le premier de l'an; un frère, 3 ans, et la mère ont des traces roses.

29 juin. — Guichard, croûtes sur la figure en voie de développement.

10 juillet. — Daguin, éruption bulbeuse qui se recouvre plus tard de croûtes; une sœur, 12 ans, a une croûte jaune au menton, qui laisse plus tard une tache rose.

15 juillet. — Marchoux a des croûtes au menton depuis 2 mois; sa sœur, 7 ans, a eu beaucoup de croûtes à la figure et sur le cuir chevelu, elle en a encore des fragments suspendus aux cheveux. Un enfant voisin a la figure et la tête couvertes de croûtes.

29. — Gavry, croûtes en voie de développement sur la face.

Je pourrais citer encore une quinzaine d'autres cas, mais je crois que ceux qui précèdent suffisent. Une semblable épidémie avait déjà existé en 1881 ou 1882; mais comme on ne consulte guère un médecin pour l'impétigo et comme pour voir les malades que j'ai cités, j'ai été obligé de les chercher, je n'avais fait qu'apercevoir l'épidémie en question. De décembre 1882 à octobre 1883, l'impétigo régna également à la Celle-Guenand, mais je n'ai appris l'existence de l'épidémie qu'alors qu'elle finissait; j'ai pu relever par une enquête les noms de cinquante-trois malades. Je pense qu'il est inutile de citer cette liste. J'ai pu également recueillir un grand nombre d'observations dans les communes de Saint-Florier et d'Abilly. Enfin, dans une visite que je fis, le 8 avril 1884, aux écoles de Betz, je trouvai à l'école des garçons 24 impétigineux sur 55 élèves présents. Il n'y avait qu'une fille d'atteinte; mais l'institutrice me dit que l'année précédente la plupart des petites filles avaient eu des croûtes.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des tumeurs du sein.

Le traitement d'une néoplasie quelconque, dont la nature n'est ni syphilitique ni inflammatoire, est toujours suivi d'un insuccès complet. Les préparations iodurées, qui en sont avec les composés mercuriques la base la plus commune, peuvent amener au début une certaine amélioration, qui, loin de se maintenir, est souvent au contraire accompagnée d'inconvénients très sérieux, résultat de leur continuation prolongée. En sorte que, rarement palliatif, le traitement médical est généralement funeste, soit par ses effets, soit par le temps précieux qu'il fait perdre.

La *guérison*, ou tout au moins la *survie probable*, repose sur un *prompt diagnostic*, une *opération précoce* et une *ablation complète*. Comme le rappelait M. Trélat dans une récente leçon clinique, ces trois termes résument le sentiment des chirurgiens de l'époque actuelle. M. Valude reproduisant, dans une remarquable thèse *(Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires,* Paris, 1885), les principes de son éminent maître, M. Verneuil, en apporte une nouvelle confirmation.

I

Le diagnostic proprement dit doit s'exercer sur trois points: la forme anatomique ou histologique du néoplasme, l'étendue du mal, l'état constitutionnel.

Faisant abstraction des cas rares, la distinction à établir porte le plus souvent sur des tumeurs, soit de forme ovoïde, résistantes, mobiles sur la profondeur, n'engorgeant pas les ganglions; soit bien limitées, isolées, dures et bosselées, généralement déplaçables sur le plan sous-jacent avec retentissement lymphatique peu marqué, soit irrégulières, anfractueuses, plus ou moins consistantes, adhérentes à une peau bleuâtre altérée, entourées de ganglions gros et douloureux. Qu'il s'agisse d'un adénome, d'un épithéliome ou d'un carcinome, que ces néoplasmes présentent une texture constituée par des tissus différents ou qu'ils aient une formation kystique dans leur intérieur, il importe de connaître l'étendue de l'affection pour la détermination de l'acte opératoire. : intéressant une partie ou la totalité de la glande, les enveloppes péri-mammaires peuvent être atteintes, les ganglions de l'aisselle du côté malade envahis, les susclaviers et axillaires de l'autre côté pris à leur tour, enfin la généralisation viscérale devenir évidente.

Malgré un état constitutionnel satisfaisant, on doit s'abstenir de toute intervention lorsque le néoplasme, ayant dépassé de beaucoup les enveloppes de la glande, la peau se trouve prise sur une large étendue; lorsque le mal a gagné les ganglions sus-claviculaires et cervicaux, et surtout lorsqu'il existe des signes de propagation à l'un quelconque des viscères. Dans certains cas, la vieillesse avancée fournit encore à elle seule une contre-indication.

En revanche, l'extirpation de la tumeur eeule suffit quand, bénigne et circonscrite, elle eet assez petite pour être limitée à une faible partie de la glande; celle de la mamelle, avec ses enveloppes, s'impose d'une manière absolue, quand elle a été envahie par le néoplasme, ne serait-ce qu'à son centre, point où convergent les éléments constituant le système afférent de tous les organes glandulaires. Enfin, il faut, dans toutes les tumeurs malignes du sein, enlever largement au-delà des limites du mal et prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, pour reconnaître et extirper tout ce qui s'y trouve de suspect. Ainsi s'exprime M. Valade, mais la part du fen qu'il cherche parfois à faire, cache des dangers, et il vaut mieux, avec M. Trélat, « enlever toujours toute la glande; car quelque finesse qu'aient les doigts, quelque évident que paraisse le contour de la tumeur, on ne sait jamais où elle va; réséquer l'aponévrose sous-jacente si elle adhère, voire même quelques fibres du grand pectoral; enfin, vider l'aisselle au moindre soupçon de ganglione, quand même ce soupçon serait de l'incertitude. »

II

L'opération, faite par l'instrument tranchant, laisse une plaie d'étendue variable, à la réparation de laquelle il importe désormais de réserver tous ses soins. La question du pansement est tellement importante qu'elle a défrayé, pendant le mois de janvier dernier, les séances de la Société de chirurgie, chaque opérateur venant apporter, avec le résultat de son expérience, ses convictions personnellee.

Tandis que la généralité proclame l'excellence du pansement antiseptique fermé, quelques autres, à la tête desquels se trouve M. Verneuil, signalent la supériorité du pansement antiseptique onvert. Les partisans de la réunion immédiate auraient, semble-t-il, d'après ces derniers, un seul avantage, la rapidité de la cicatrisation: mais il resterait à compter avec les accidents de toute nature, tels que : abcès, phlegmons, érysipèles, devenus plue fréquents et plus redoutables. La récidive même paraîtrait devoir être favorisée par les opérations parcimonieuses qu'on aurait plus de tendance à exécuter. Il n'est pas jusqu'à la lenteur de la guérison qui eerait exagérée. dans le cas où un accident, même léger, viendrait enrayer la rénnion primitive. •

Il a été fait, ce nous semble, justice de toutes ces raisons que M. Verneuil tend à faire prévaloir auprès de ses collégues et que M. Valude reproduit avec détails dans sa thèse.

Toute méthode qui a pour résultat d'abréger la durée du traitement, dit M. Monod, n'a pas seulement pour avantage de guérir la malade plus vite, il la met encore à l'abri d'un certain nombre de complications des plaies. La question de récidive ne tient pas à la nature dn pansement, mais bien à la nature du néoplaeme.

M. Lucas-Championnière enléve d'antant plus largement qu'il ne laisse pas suppurer la plaie; non eeulement il fait l'ablation compléte du sein, mais encore il ouvre l'aisselle, bien que la palpation ne révèle pas la présence de ganglions.

Et MM. Trélat, Sée, Polaillon, Le Dentu, Pozzi, pour n'en citer que quelques-uns, pratiquent, à des variantes près, la réunion primitive et s'en montrent partisans absolument convaincus.

On est allé jusqu'à dire que, lorsque un accident, même léger, entravait la première intention, la guérison devenait plus longue à faire que par le pansement ouvert. Et, sans être aussi explicite, M. Lucas-Cbampionnière déclare que, si la réunion totale ne peut être obtenne, il vaut mieux y renoncer.

Une pareille opinion ne saurait prévaloir dans toutes les circonstances, comme l'observation ci-dessous vient le démontrer. Le 12 juin dernier, nons opérions une femme de 66 ans pour un carcinome mammaire ulcéré. L'incision en raquette, partie du bord sternal à l'aisselle, circonscrivait une perte de substance large de 9 centimétres. Désireux d'éviter à notre malade les frais d'une trop longue réparation, nous réunissions, aprés antisepsie aussi parfaite que possible et sans drain à demeure dans la plaie, en exerçant progressivement sur les bords nne forte traction. Pour ce motif et à cause du grand état de maigreur, l'affrontement des lèvres fut imparfait, et la réunion manqua; mais, à l'enlèvement des sutures, laissée jusqu'au quatrième jour, nous eûmes la satisfaction de constater qne la snrface suppurante était considérablement réduite, d'abord à 1, puis à 2 centimètres. Une plaie de cette dimension, pansée à plat, fut réparée plus vite et avec moins de frais qu'une plaie trois fois plus grande. Notre malade est aujourd'hui, un mois aprés, entièrement rétablie.

Malgré l'autorité qui s'attache au nom de M. Verneuil, nous pensons donc que la réunion immédiate doit être tentée au sein, comme ailleurs du reste, toutes les fois qne la perte de substance ne rend pas abeolument impossible le rapprochement des parties, et, sur ce point, nous sommes en conformité d'idées avec la majorité des chirurgiens contemporains.

Charles Amat.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Bactériologie.

Suite et fin. — Voir les numéros 31 et 32.

X. Contributions a l'étude du gonococcus, par le docteur Kreiss, de Zurich (1).—XI. Contribution a la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique, par le docteur Haslund (2). XII. Sur la méningite épidémique, par le docteur O. Leichtenstern (3).—XIII. Contribution a l'anatomie pathologique de l'érysipèle a l'occasion de la récente épidémie de fièvre typhoïde (1884), de Zurich, par le docteur G. Rheiner (4). XIV. Schizomycètes dans la « verruga peruana », par le docteur Izquierdo (5).

X. Dans un travail dont la fin vient de paraître il y a quelques jours seulement, M. Kreiss nous fait connaître les résultats de ses recherches sur le gonocoecus de Neisser, poursuivies sous la direction du professeur Klebs.

Tout d'abord, M. Kreiss constate que la gélatine à la peptone de viande est un mauvais milieu de culture pour le microbe en question. L'auteur a fixé son choix sur l'agar-agar

(1) Wiener medicinische Wochenschrift, 1885, nos 30, 31 et 32.
(2) Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis, t. XI, p. 393.
(3) Deutsche Medicinische Wochenschrift, 1885, no 31, p. 537.
(4) Virchow's Archiv, t C, fasc. 2, p. 185, 1885.
(5) Ibidem, t. LXXXI, fasc. 3, p. 411, 1885.

additionné de 2 à 5 % de peptone de viande Remmerich. Les ensemencements sont restés sans résultat, quand les cultures étaient exposées à la température ordinaire. Au contraire, quand elles étaient exposées à une température de 30° à 35°, au bout de vingt-quatre heures il se formait à la surface du milieu de culture une masse trouble en forme d'ilots, qui creusait un peu en profondeur. L'examen microscopique montrait que cette masse trouble était exclusivement constituée par des coccus. Pour ces recherches, l'auteur s'est servi du procédé de coloration d'Ehrlich. Avec une aiguille stérilisée, il ensemençait de cette masse trouble dans un verre à réactif contenant de l'agar-agar et maintenu à une température de 30 à 35o. Déjà, au bout de vingt-quatre heures, tous les ensemencements avaient donné naissance à des ilots de culture qui partaient de la surface pour s'étendre en profondeur sous forme d'amas ponctiformes. Les cultures se maintenaient ensuite à cet état, sans changement. En ce qui concerne les caractères morphologiques des coccus qui formaient ces ilots, ils ont été trouvés tels que les ont décrits Neisser et d'autres observateurs.

M. Kreiss a étudié avec soin l'influence de la température sur la végétation du gonococcus. Il a constaté que celle-ci atteint son maximum d'intensité quand la température du milieu ambiant se maintient entre 35° et 40°. Dans les cultures pures exposées à une température de 48° à 50°, le gonococcus perd complètement sa vitalité déjà au bout d'une heure, une heure et demie au plus.

Une autre série d'expériences a fourni la preuve qu'il suffit d'incorporer dans le milieu de culture du bicarbonate de soude dans la proportion de 1 1/2 à 2 %, pour arrêter la végétation du gonococcus.

M. Kreiss a étudié l'*influence d'un grand nombre de substances médicamenteuses sur les cultures du gonococcus*. Une solution stérilisée du médicament était versée à la surface d'une culture plate, étalée, (contenue dans un verre à réactif), jusqu'à former une couche de 1 à 1/2 centimètres d'épaisseur; à la surface d'une autre culture, destinée à servir de pièce de contrôle, on versait une couche d'eau stérilisée, de même épaisseur. Les deux verres étaient exposés pendant vingt-quatre heures à la température la plus favorable à la réussite des cultures. Au bout de ce temps on décantait, et on faisait de nouveaux ensemencements avec des échantillons des cultures ainsi traitées, qu'on exposait pendant vingt-quatre heures à une température de 30 à 35o. La même expérience était recommencée avec des cultures obtenues par inoculation de la matière ensemencée dans le milieu de culture.

Voici les principaux résultats annoncés par l'auteur : La végétation du gonococcus a été arrêtée

avec des solutions de nitrate d'argent à 1 et 1/2 %
— chlorure de platine à 1 %
— thymol à 1 sur 1100
— sublimé à 1 sur 10000

Avec d'autres substances telles que le permanganate de potasse (solution à 1 %), l'iodoforme (1 %), le chlorure de zinc (1/2 %), l'acide chromique (1/2 %), le chlorure de chaux (1 %), on a obtenu seulement des traces de cultures. Enfin, le sulfate de zinc, l'acétate de cuivre (1 %), l'acétate de plomb (1/4 %), l'alun (1 %), le chlorate de potasse (5 %), le tannin, la résorcine (1 %), le chloral, l'acide phénique (5 %), n'entravaient point le développement du gonococcus.

Des inoculations de cultures pures du gonococcus faites à des chiens et à des lapins ont toujours échoué, quel que fût le siége de l'inoculation (conjonctive intacte ou préalablement scarifiée, muqueuse rectale scarifiée, face interne de l'oreille, cavité articulaire du genou).

Des résultats de ses recherches, l'auteur a tiré un certain nombre de *déductions pratiques* : les substances médicamenteuses à l'aide desquelles il a réussi à entraver le développement du gonococcus dans les cultures (nitrate d'argent, permanganate de potasse, sublimé iodoforme, thymol, chlorure de chaux, chlorure d'or, de platine) sont réputées pour la plupart comme des remèdes antiblennorrhagiques d'une grande efficacité. Ricord nous a fait connaître dans le nitrate d'argent un abortif dont la vulgarisation se heurte d'une part à la douleur développée par les injections de ce sel; d'autre part, à la crainte de voir celles-ci occasionner un rétrécissement. En employant des solutions moins concentrées et en faisant précéder l'injection abortive d'une injection de cocaïne, on se mettra, selon toute apparence, à l'abri de ce double inconvénient. M. Kreiss recommande d'une façon spéciale l'emploi des injections de chlorure de chaux (1 à 2 %) dans les cas d'urétrite blennorrhagique confirmée. Sous l'influence de cette médication, il a vu des gonorrhées déjà anciennes guérir en l'espace de huit jours.

Le moyen le plus sûr d'arrêter le développement du gonococcus est de l'exposer à une température de 48o à 50o. Ce fait est de nature à expliquer les succès obtenus dans le traitement de la blennorrhagie par Gordon (New-York medic. Journal, vol. XXXIX, no 16), Curtis (*Practical clinical lessons of syphilis*, 1883, p. 306) avec les injections urétrales d'eau très chaude. Curtis emploie de l'eau dont la température est progressivement portée à 100o (180o F.) ! Les injections sont répétées tous les jours. M. Kreiss pense qu'on obtiendra le même résultat, plus sûrement et sans occasionner de douleurs au malade, en substituant aux injections des irrigations urétrales (avec une sonde à double courant) d'une heure de durée au moins, faites avec de l'eau dont la température sera progressivement portée à 50o.

Enfin, les expériences de l'auteur démontrent que la blennorrhagie virulente de l'homme n'est pas inoculable aux animaux (lapins, chiens).

XI. M. Haslund a ponctionné la jointure malade dans onze cas de rhumatisme blennorrhagique. Le liquide évacué par la ponction a présenté, comme caractères constants, un aspect trouble, une grande viscosité, une teinte jaune ou verte, une réaction alcaline ou neutre. Ce liquide tenait en suspension des filaments blanchâtres. Sous le microscope, on y découvrait une grande quantité de globules de pus, dans un cas des globules rouges (le malade avait été traité par le massage). Jamais on ne put mettre des gonococcus en évidence dans les divers échantillons de liquide examinés.

XII. Dans le cours de cette année, une épidémie de méningite cérébro-spinale a sévi à Cologne. Vingt-sept malades ont été admis en traitement à l'hôpital civil; sept sont morts. M. O. Leichtenstern a saisi cette occasion pour faire à la Société de médecine de Cologne une intéressante communication sur la méningite cérébro-spinale épidémique. Nous n'en reproduirons à cette place que ce qui a trait aux recherches bactériologiques de l'auteur :

Des coccus (mono, plus rarement diplococcus) ont été découverts en grand nombre dans le pus provenant des sujets

qui ont succombé à la maladie, et surtout chez le dernier dont l'autopsie a eu lieu quatre heures après la mort. Une partie de ces coccus étaient logée dans l'épaisseur des globules blancs. Des ensemencements ont été faits avec le pus sur de la gélatine-peptone et de l'agar-agar. Les cultures ainsi obtenues étaient constituées par des organismes très différents comme forme et comme couleur. L'auteur signale :

1o Des bacilles très courts, à pôles arrondis (forme intermédiaire à celles des coccus et des bactéries);

2o Des bacilles épais, à pôles arrondis, agglomérés en groupes volumineux (zooglœa);

3o Des bacilles à la fois très grêles et très allongés.

4o Des coccus, pour la plupart isolés, disséminés avec une très grande régularité entre les masses de zooglœa, quelquefois réunis en chaînettes. Ces coccus étaient de deux dimensions différentes, mais toujours ils avaient la même grandeur dans une même culture pure; ce seraient, incline à croire M. Leichtenstern, les micro-organismes spécifiques (*méningo-coccus*) de la méningite cérébro-spinale épidémique.

XIII. — La partie originale du travail de M. Rbeiner, un élève du professeur Klebs, se réduit aux constatations suivantes :

Dans un cas d'érysipèle traumatique, l'examen histologique de petites lamelles cutanées, provenant d'un foyer érysipélateux, (coupes obtenues avec le microtome à glace, et colorées, les unes avec un mélange d'une solution alcoolique concentrée de bleu de methyle et d'une solution aqueuse d'aniline, les autres avec la solution de fuchsine préparée suivant les indications de Koch), fit découvrir dans les canaux et les espaces lymphatiques un nombre colossal de coccus, les uns isolés, d'autres accouplés deux à deux, d'autres formant des chaînettes interposées aux fibrilles des tissus. En certains points, les vaisseaux lymphatiques étaient obstrués par ces coccus, dont on ne trouva nulle trace dans les vaisseaux sanguins.

Dans deux cas d'érysipèle gangréneux survenu chez des malades affectés de la fièvre typhoïde, on ne découvrit pas le coccus sur les coupes histologiques traitées de la façon qui vient d'être indiquée; les vaisseaux et les espaces lymphatiques étaient envahis par des bacilles qui présentaient les mêmes caractères morphologiques que le *bacillus typhosus* décrit par Klebs et Eppinger, par Eberth, Koch, Meyer, Gaffky. L'auteur pense que, vraisemblablement, le bacille en question occasionne l'érysipèle intercurrent qui se développe parfois dans le cours de la fièvre typhoïde, en l'absence de toute solution de continuité des téguments.

XIV. M. Izquierdo a recherché la présence éventuelle de bactéries dans les productions verruqueuses d'une dermatose endémique au Pérou et connue sous le nom de *verruga peruana*. Il rappelle incidemment qu'une excellente description de la structure histologique de ces végétations verruqueuses a été publiée, il y a quelque dix ans, à Paris, par M. Dounon (*Etude sur la verruga, maladie endémique dans les Andes péruviennes*, Paris, 1871). Les résultats annoncés par M. Izquierdo portent en substance : que les végétations de la *verruga pernana* sont des néoplasmes conjonctifs, qui se développent toujours dans la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané; au point de vue anatomique, elles sont absolument différentes des verrues; elles présentent une grande analogie de structure avec les sarcomes. On y trouve en outre une variété de schizomycètes qui existent en très grand nombre, soit dans les interstices des éléments anatomiques, cellules et fibres, soit dans les vaisseaux, qu'ils obstruent quelquefois complètement. Ces mêmes schizomycètes encombrent les vaisseaux (capillaires et veines) de la peau saine et du tissu sous-cutané, dans la zone qui avoisine les végétations néoplasiques. M. Izquierdo conclut que cette bactérie circule dans le sang des individus qui sont affectés de la verruqua pernana, et qu'en irritant le tissu conjonctif elle provoque, en certains points, le développement de néoplasies cellulaires circonscrites.

La bactérie en question se présente sous la forme d'un bacille mesurant de 8 à 12 μ de longueur, exceptionnellement jusqu'à 20 μ; il est un peu plus épais que le bacille de la tuberculose. Les bâtonnets, de dimensions moyennes, sont flanqués de petites saillies ou nodosités, qui sont encore plus manifestes sur les bacilles de grandes dimensions.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par M. le docteur Basinski, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. Th. doct., 1885. — G. Masson, édit.

La thèse de M. Babinski n'est pas une étude complète, une description d'ensemble de la sclérose en plaques. « Il s'agit simplement, comme le dit l'auteur, d'une excursion dans le domaine de cette affection », excursion féconde assurément, d'où il a rapporté des faits nouveaux et précis, rehaussés de vues judicieuses qui font de ce travail une œuvre de réelle valeur.

Ce travail, comme son titre l'indique, comprend deux parties principales : une étude anatomique, une étude clinique.

Première partie. — Dans cette première partie, M. Babinski décrit minutieusement les lésions histologiques de la sclérose en plaques. On sait qu'une des particularités intéressantes des lésions médullaires de cette affection est l'*absence* à peu près constante de *dégénérations secondaires, soit ascendantes, soit descendantes*. M. Charcot avait expliqué ce fait, en apparence contradictoire à la loi de Waller, par la *conservation probable des cylindres-axes* dépouillés de leurs gaines de myéline au milieu de plaques de sclérose. Les recherches de M. Babinski confirment pleinement le bien fondé de cette hypothèse.

Etudiant ensuite le processus de la dégénération des tubes nerveux dans les plaques de sclérose, il montre comment la destruction des gaines de myéline doit être attribuée, non pas à la compression exercée sur les tubes nerveux par le tissu névroglique sclérosé, mais *à un phénomène vital, à l'action absorbante des cellules de la névroglie et des cellules lymphatiques sur la myéline.*

Dans le chapitre suivant, M. Babinski étudie comparativement les diverses variétés de scléroses de la moelle. De cette mise en parallèle, il résulte que, *par la persistance possible des cylindres axes dénudés, par l'intensité des lésions vasculaires, par la disparition parfois complète de la myéline dans les faisceaux sclérosés*, la sclérose tabétique se rapproche davantage de la sclérose en plaques que de la sclérose secondaire.

Les *tubes nerveux de la moelle peuvent-ils se régénérer après avoir été détruits?* Telle est la question par la discussion de

laquelle l'auteur termine son étude anatomique. Il estime que « la régénération des tubes nerveux de la moelle chez l'homme, avec retour des fonctions, si tant est qu'elle soit possible, n'est que tout à fait exceptionnelle ». Il en conclut que la disparition de phénomènes paralytiques, chez un sujet atteint de myélite, indique d'une façon presque certaine qu'il s'agit d'une myélite non destructive et peut ainsi conduire au diagnostic de sclérose en plaques.

Il est facile de voir que tous ces faits ont une portée dépassant de beaucoup le cadre particulier de la sclérose en plaques. Ils montrent, une fois de plus, l'insuffisance des classifications actuelles (myélites systématiques, diffuses, etc.) et l'avantage qu'il y aurait à mieux connaître les caractères et les processus histologiques des diverses scléroses médullaires. C'est par ce côté qu'on arrivera, bien mieux qu'à coups de statistiques, à élucider les conditions étiologiques encore obscures qui président au développement de chacune d'elles.

Deuxième partie. — M. Babinski insiste sur la fréquence de l'*hémiplégie* qui peut se développer soit progressivement, soit après un ictus apoplectiforme, et faire croire à une lésion centrale en foyer. Il signale une forme de la sclérose en plaques qui, par la rapidité de son évolution, mériterait d'être qualifiée de *forme aiguë*.

Parfois aussi, la sclérose en plaques se manifeste par tous les symptômes d'une myélite circonscrite destructive (paralysie et anesthésie des membres, troubles de la vessie et du rectum, eschares); l'auteur propose de désigner cette variété sous le nom de *sclérose en plaques à forme destructive*.

Dans un dernier chapitre, M. Babinski rapproche une observation nouvelle de deux autres faits publiés par Westphall (1) où les symptômes caractéristiques de la sclérose en plaques furent nettement constatés, sans qu'on pût trouver à l'autopsie aucune lésion appréciable. Cette affection pourrait être dénommée : *pseudo-sclérose en plaques*.

A. Dutil.

Farcin chronique chez l'homme, par M. Marquez.

Cas observé par l'auteur dans l'arrondissement de Belfort et signalé en novembre 1884 à la Société médicale du Haut-Rhin. Publié déjà dans le Recueil de médecine vétérinaire à la suite d'un mémoire de M. Bucqnoy sur le même sujet. Le diagnostic n'a pu être ici établi que cinq semaines après constatation d'une broncho-pneumonie liée de plus ou moins près à des accès de fièvre intermittente suffisamment justifiés. Un abcès, apparu à la suite de douleurs rhumatoïdes, après avoir fait soupçonner une infection par morve ou farcin, permettait de conclure à la réalité de cette influence en s'appuyant sur les révélations du sujet mis en contact avec des chevaux farcineux. La mort survenait au bout de deux mois environ.

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par M. Gingeot, médecin des hôpitaux. — Octave Doin, éditeur.

Un concours particulier de circonstances conduit l'auteur à s'occuper de la cure du furoncle et de la furonculose. Après un historique fort bien conduit des opinions successivement émises sur l'étiologie du mal, il reste démontré que, pouvant se reproduire d'homme à homme ou sur le même sujet par la migration d'un contage, ce dernier est de nature parasitaire.

(1) Voir Gazette médicale, 1884, no 1, p. 7.

Le véritable corps du délit transportable par l'air, l'eau, les mains du malade, les pièces de pansement, est la *Torula pyogenica*. Dans de semblables conditions, l'intervention chirurgicale reste de moins en moins justifiée. Il importe tout d'abord de détruire les germes *in situ* plutôt que de les ensemencer en leur donnant issue au dehors, et la méthode réellement abortive consiste à détruire le schizomycète : plus de cataplasmes, d'onguents, d'incisions préventives. Le nitrate d'argent, les acides minéraux, le phénol, la potasse caustique, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc à actions très marquées, devront être remplacés par l'alcool camphré et la teinture d'iode d'une application à tous égards plus facile et d'un résultat plus heureux.

Le traitement des anthrax et des furoncles demeure superflu si l'on parvient à détruire ou à balancer la disposition en vertu de laquelle un sujet les contracte : l'indication dominante sera encore puisée, au point de vue de la cure de la furonculose, dans la nature parasitaire de la maladie. L'eau sulfureuse à haute dose et surtout la poudre de Pouillet, d'un maniement aisé, à la dose de 8 à 10 centigrammes toutes les deux heures, remplira parfaitement le but. La peau, servant de voie d'élimination aux sulfures, devient inhabitable pour les parasites.

Le travail de M. Gingeot est fort intéressant et très instructif.

Ch. Amat.

Du traitement de l'empyème chronique par l'opération d'Estlander, par Cormack. (Thèse de Paris, 1885)

Dans cette thèse, faite sous l'inspiration de MM. Berger et Bouilly, l'auteur passe rapidement en revue les diverses méthodes employées jusqu'à nos jours dans le traitement de la pleurésie purulente : la ponction, le drainage, la pleurotomie, qu'employait déjà Hippocrate, la résection costale, qui date aussi d'Hippocrate, adoptée par Reybard, Sédillot, Roser, pour permettre au pus et aux détritus contenus dans la cavité pleurale de s'écouler facilement; enfin l'opération qu'Estlander pratiqua, pour la première fois, en 1875, dans le but d'obtenir par la résection de plusieurs côtes, l'affaissement des parois thoraciques et l'accollement des deux feuillets de la plèvre.

Un chapitre d'anatomie et physiologie pathologiques rappelle la formation du pus, son enkystement dans la cavité pleurale, la transformation de la plèvre pariétale en tissu dur, fibreux, rétractile, rapprochant les côtés, entraînant la déformation du thorax et l'incurvation du rachis; les altérations de la plèvre viscérale devenant une coque inextensible pour le poumon sclérosé; enfin le siège de prédilection de la fistule chez les adultes, — partie moyenne du cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon, — s'expliquant par cette remarque de John Marshall que, en ce point, l'intercostal interne avec les fascias intercostal et superficialis, constitue la seule enveloppe du sac pleural.

Suit une étude critique des différents procédés employés dans l'empyème. — La thoracenthèse ne réussit guère que si la plèvre ne renferme ni caillots, ni paquets pseudo-membraneux, cas ordinaire de la pleurésie purulente. Il faut intervenir chirugicalement, par l'opération de l'empyème vulgaire, par une large incision, par la résection costale suivie de lavages. — Chez l'adulte, la fistule qui persiste ne guérit guère spontanément et entraîne une intervention plus radicale, l'opération d'Estlander.

Cette opération ne doit se pratiquer que lorsque la tendance manifeste à la guérison est commencée, lorsque les fausses membranes sont en telle quantité qu'elles entraînent un affaissement de la paroi thoracique; opérer avant cette époque, c'est courir à un échec. Il faut, de plus, que la cavité ne soit pas trop grande et que le poumon soit encore mobile et puisse se dilater. L'étendue de la cavité, qu'on ne peut apprécier qu'à l'aide de sondes et non point d'injections, doit être déterminée avec soin avant d'entreprendre l'opération; une cavité trop grande suppose un poumon très réduit et est cause d'insuccès. L'époque la plus favorable paraît être du 4e au 6e mois après l'apparition de la fistule; plus tard, les fausses membranes sont trop résistantes, le poumon devenu trop adhérent ne peut plus se dilater. Cependant, M. Bouilly a opéré une fistule datant de sept ans, et M. Kirmisson, une fistule de deux ans, qui ont guéri. Seulement plus on attend, plus on s'expose à des complications pulmonaires et, en particulier, à la tuberculose.

L'opération décidée, il faudra la pratiquer très largement, et reséquer plusieurs côtes, 8 à 10, si c'est nécessaire. Un seul cas justifie les opérations restreintes, d'après M. Championnière, c'est lorsque la cavité est tellement grande, ou la santé du malade telle qu'une opération complète n'a aucune chance de succès.

Des planches photographiées permettent de suivre facilement une description détaillée du manuel opératoire et des diverses incisions usitées. L'auteur adopte l'incision en U, de Bouilly. Nous aurions voulu voir mentionner au moins un accident qui put rendre l'opération très laborieuse: c'est l'hypertrophie quelquefois considérable des côtes avec condensation du tissu osseux. Le costilome ne peut les entamer, et on est obligé de recourir à la scie, au davier rugine, ou au ciseau, comme nous l'avons vu pratiquer à M. Mathieu (obs. 32 de la thèse).

L'auteur termine son travail en donnant la relation de 41 observations, qui se décomposent ainsi: 10 guérisons, 10 presque guéris, 8 améliorés, 3 stationnaires, 10 morts.

Du traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé, par Sarrazin (Thèse de Paris, 1885).

L'auteur a recueilli, dans le service de M. le professeur Richet, cinq observations d'hydrocèles traités par les injections de sublimé à 1 pour 1000. Les avantages de ce mode de traitement seraient l'indolence à peu près absolue de l'injection, et une réaction inflammatoire trop faible pour produire la suppuration, mais suffisante pour être adhésive. Chez les cinq sujets soumis à ces injections, la guérison a été obtenue; jamais on n'a eu de signes d'intoxication mercurielle.

O. M.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille. — La situation reste stationnaire à Marseille, comme on pourra en juger par les chiffres suivants, publiés par la municipalité:

8 août	88	décès	30	cholériques.	
9	— 47	—	17	—	
10	— 77	—	35	—	
11	— 84	—	39	—	
12 août	48	décès	12	cholériques	
13	— 77	—	35	—	

— A Toulon, la situation sanitaire est actuellement des plus satisfaisante.

— La section de médecine du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences a pris à l'unanimité la délibération suivante au sujet des mesures sanitaires contre le choléra.

« Le Congrès déclare que les quarantaines terrestres, les cordons sanitaires et les fumigations sont des mesures inutiles et dangereuses. Le choléra doit être arrêté à son entrée par la mer Rouge. Les seules précautions sur les frontières terrestres doivent être: la visite médicale des voyageurs, la visite des wagons et la désinfection des linges, des vêtements et des objets de literie par la chaleur humide.

« Les quarantaines maritimes doivent être imposées suivant la limite et la forme convenue par la conférence internationale de Rome. »

« Le Congrès déclare, en outre, que l'assainissement des villes par la propreté est le seul moyen efficace contre l'extension du fléau. »

— Le choléra en Espagne. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 12 août, les chiffres des décès par choléra et des cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants:

	Cas.	Décès.
A Madrid	54	25
Dans la province de Saragosse	711	276
» de Castellon	221	82
» de Valence	126	52
» de Alhacéte	210	73
» d'Alicante	138	67
» de Tolède	134	63
» de Grenade	765	338
» de Tarragone	87	37
» de Murcie	142	53
» de Teruel	552	184
» de Cneuça	234	73
» de Navarre	296	98
» de Jaen	52	32
» de Cordoue	47	21
» de Zamora	13	10
» de Soria	102	26
» de Ségovie	35	15
» de Lerida	27	10
» de Gerone	26	5
» de Palencia	7	5
» de Salamanque	2	»
» de Guadalajara	26	7
» de Burgos	24	6
» de Ciudad Real	36	13
» de Huesca	100	13
» de Vallalodid	100	31

— La discussion qui a eu lieu dans la séance du Conseil municipal de Paris du jeudi 6 août, à propos d'une question de M. Gaufrès sur le refus d'admission, dans un hôpital, d'une personne blessée, s'est terminée par l'adoption de l'ordre du jour suivant:

« Le Conseil municipal invite: d'une part, M. le préfet de

police et M. le directeur de l'Assistance publique, chacun en ce qui le concerne, d'autre part, les septième et huitième Commissions, à arrêter de concert les termes d'un règlement organisant le service des brancards de secours et celui de l'admission d'urgence dans les hôpitaux. »

— Le Congrès national de médecine publique de Belgique aura lieu cette année, à Anvers, du mercredi 26 août au dimanche 30 du même mois inclusivement. La question proposée par le Comité d'organisation du Congrès, pour être plus spécialement traitée dans la session, est la suivante : « Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles? »

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Eugène Forget (de Paris) et de M. le docteur Girard, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

***

Faculté de médecine de Paris — MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Démoulin, Villemin, Monprofit et Villar sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Chaput, Broca, Tuffier, Ricard, Hache et Wicksm, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté ministériel en dste du 8 août 1885, la chaire de chimie de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

***

Concours. — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu au mois de décembre prochain au siége de l'Académie de médecine, à Paris, rue des Saints-Peres, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat des Facultés, soit à celui des Écoles de plein exercice, des Écoles supérieures de pharmacie ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1885, à quatre heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 août 1885, M. Alix, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

***

Etat civil. — Par arrêté préfectoral, en date du 25 juillet 1885, ont été nommés médecins de l'état civil de la ville de Paris :

Pour le XIIIe arrondissement, MM. les docteurs Mangenot et Joseph.

Pour le XXe arrondissement, M. le docteur Miguet.

***

Par arrêté préfectoral, en date du 18 juillet 1885, le bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris est dissous; il sera immédiatement procédé à sa reconstitution.

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 10 août 1885, MM. les médecins-majors de deuxième classe Yvert et Amat ont été désignés pour le corps du Tonkin.

— Par décret du 31 juillet 1885, ont été promus :

Médecin principal de 2e classe : M. Derazey (François-Amédée), médecin-major de 1re classe.

Médecin major de 1re classe : MM. Boucher (Léon-Jean-Baptiste); Cordier (Alphonse); Grandjean (Adrien-Pierre-Léon) ; médecins majors de 2e classe.

Médecins majors de 2e classe : MM. Pascal (Charles-Antoine); Grognot (Paul-Alexandre); Namin (Jules-Léon); médecins aide-majers de 1re classe.

— Par décret en date du 16 juillet 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Accarias, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Hennequin, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Baudin, médecin-major de deuxième classe, démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Mouly, Lecoq, Perronnet, Félix, Maestrati, Laussedat, Clais, Guyard, Pellerin, Delastre, Janez, Barbulée dit Buiot, Truchot, Vauthier, Vinet, Dénarié, Palis, Roudet, Schmitt, Labusquière, Vernay, Robin et Héron

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

86. M. Gallois. Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde. — 87. M. Dutrieux. Aperçu de la pathologie des Européens dans l'Afrique intertropicale. — 88. M. Combarieu. Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide. — 89. M. Tabournel. De la décollation par la ficelle ; procédé de M. le professeur Pajot.. — 90 M. Marquet. Essai sur la nature et la symptomatologie de l'érythème polymorphe grave ou infectieux. — 91. M. Picard. Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde. — 92. M. Boulland. De la tuberculose des plèvres et du péritoine, au point de vue du pronostic et du traitement. — 93. M. Foulquier. De la scrofulalgie. — 94 Lance-Briand. Influences réciproques de la grossesse et du cancer de l'utérus. Intervention chirurgicale possible pendant la gestation et lors du travail. — 95. M. Loglessis. Le rein dans ses rapports avec le diabète. — 96. M. Marula. De l'emploi de la lunette de Galilée en optométrie (optométrie improvisée). — 97. M. Rigolet. Etudes expérimentales sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne. — 88. M. Ismaïl-Hassan. Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane. — 99. M. Hottinger. Etude sur les paralysies alcooliques. — 100. M. Plageux. Quelques considérations sur une épidémie d'oreillons. — 101. M. Max Wassermann. De la peptonurie et de la physiologie des peptones. — 402. M. Ismail Rifat. Etudes sphygmographiques relatives aux maladies du cœur et de l'aorte. — 103. M. Lescarret. Essai sur la pathogénie et le traitement des vomissements dans la phthisie pulmonaire. — 104. M. Maritoux. Contribution à l'étude de la sclérodermie, et particulièrement des sclérodermes en plaques ou morphées. — 105. M. Tardif. Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux lésions du nerf sus-orbitaire. — 106. M. Sarrasin. Du traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé. — 107. M. Studer. Endocardite ulcéreuse. — 108. M. Lévêque. De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'in-

testin, et en particulier par celles de l'intestin grêle. — 109. M. Pétiau. Etude sur la phthisie dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et la lactation. — 110. M. Hollenfeltz. Des déviations rachitiques du thorax et de leur influence sur les maladies du cœur.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 2 AU SAMEDI 8 AOUT 1885.

Fièvre typhoïde 33. — Variole 2. — Rougeole 12. — Scarlatine 7. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 23 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 4. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 159. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 61 — Malformation et débilité des âges extrêmes 39. — Bronchite aiguë 8 — Pneumonie 42. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 105. — au sein et mixte 38. — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 67. — de l'appareil circulatoire 40. — de l'appareil respiratoire 42. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 31. — Causes non classées 16. — Total de la semaine : 884 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Archives générales de médecine publiées par le docteur Simon Duplay, professeur de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine, avec le concours des docteurs V. Hanot, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, et A. Blum, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — (Juillet 1885.) — Les « Archives générales de médecine » paraissent le premier jour de chaque mois, par numéros de 8 feuilles, et forment chaque année deux volumes de près de 800 pages. — Des planches et figures sont ajoutées quand elles sont nécessaires. — Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à MM. Asselin et Houzeau, éditeurs. — On s'abonne à Paris chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. — Dans les départements et à l'étranger, chez tous les libraires. — Prix de l'abonnement : 20 fr. pour Paris; 22 fr. pour les départements ; 25 fr. pour l'union postale d'Europe; 26 fr. pour l'union postale d'outre-mer. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay. Tome III, fascicule 2. Maladies des organes génitaux de l'homme. Un vol. in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Fistules uréthrales non urinaires, par le docteur Reliquet. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traitement de la migraine par le massage, par le docteur Norström. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 34 22 AOUT 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES CONTUSIONS GRAVES DU PÉRINÉE, À PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS DE RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE, CONSÉCUTIVES À DES CHUTES SUR LA RÉGION PÉRINÉALE, par MAURICE NOTTA, interne des hôpitaux, membre de la Société clinique.

Les lésions traumatiques de l'urètre, consécutives aux contusions du périnée, constituent un des chapitres les plus intéressants de la pathologie des voies urinaires, et nécessitent presque toujours une intervention immédiate, un traitement d'urgence, dont les indications souvent délicates peuvent être difficiles à saisir. Nous pourrions en donner comme preuve l'observation si instructive qu'a lue récemment à la Société de chirurgie (1) M. Chauvel, et les conclusions si justes du rapporteur.

Sans faire l'historique de la question, nous rappellerons que c'est seulement depuis une quinzaine d'années que ce sujet semble avoir préoccupé les chirurgiens. On est étonné du silence que gardent les auteurs sur la conduite à tenir en présence des contusions de la région périnéale, qui sont pourtant des lésions relativement fréquentes et dans lesquelles le traitement *immédiat* et *opportun* a une importance capitale. Quoique l'*incision périnéale immédiate* ait été mentionnée au commencement du siècle (Chopart, Desault, Lallemand, Reybard); quoique l'*urétrotomie externe d'emblée* ait été conseillée par Bœckel (de Strasbourg), en 1868, ce ne fut qu'en 1875, à la suite de la discussion soulevée à la Société de chirurgie par le mémoire de mon père, M. Notta (de Lisieux), *sur le traitement de la contusion du périnée compliquée de rupture de l'urètre* (1), que l'on adopta une méthode rationnelle de traitement. Cette méthode fut bientôt consacrée dans de nouvelles discussions provoquées par l'important mémoire de M. Cras (1876), complété en 1878, et par le remarquable rapport de M. le professeur Guyon sur le premier travail de M. Cras (2). Résumant les faits qui ressortaient de ces débats, M. Terrillon, dans sa thèse d'agrégation sur *les ruptures de l'urètre*, a bien montré quelle est la tendance chirurgicale actuelle, et l'opinion des maîtres, dont la voix autorisée s'est élevée dans le cours de ces débats si fructueux. A ce rapide exposé historique, nous ajouterons l'excellent mémoire de M. Eugène Monod (3), les cliniques de M. Terrillon (4) et le chapitre du livre de M. Guyon (5) sur les traumatismes de la région périnéo-bulbaire, dans lequel l'auteur trace magistralement les indications du traitement qui constitue, d'après lui, la « méthode de choix ».

Nous n'avons pas l'intention, dans ce modeste travail, de présenter une étude complète des contusions du périnée, envisagées au point de vue du traitement. Nous essaierons seulement de dégager les conclusions pratiques, qui nous semblent pouvoir être tirées de la lecture attentive de nos cinq observations. Mais, auparavant, nous croyons utile de rappeler brièvement quel est aujourd'hui le mode de traitement le plus habituellement employé dans les cas de contusions graves du périnée, afin de pouvoir mieux faire ressortir, dans la discussion des observations, les quelques points de détail sur lesquels nous voulons attirer l'attention.

I

Qu'il s'agisse d'une chute ou d'un coup sur le périnée, les contusions de cette région déterminent des lésions très variées du canal de l'urètre. Depuis le simple froissement jusqu'à la section complète du canal, avec ou sans fracture du bassin, tous les degrés peuvent se rencontrer, et la gravité de la lésion est généralement en rapport avec la nature et l'intensité du traumatisme. Si nous admettons la division de MM. Cras et Guyon, en *cas légers*, *cas moyens* et *cas graves*, afin d'établir les indications opératoires qui répondent à chacun de ces types cliniques, nous laisserons de côté la première catégorie de faits, dans lesquels l'expectation est la règle, pour nous occuper uniquement du traitement des cas graves qui présentent un ensemble symptomatique bien défini : rétention d'urine complète ; hémorrhagie plus ou moins abondante ; tumeur périnéale ou plaie (V. Observ. I, II, III, IV). Les cas moyens ou douteux, dont les symptômes sont mal accusés, ne tardent pas ordinairement à rentrer dans la première ou la troisième

(1) Voir BULLET. DE LA SOC. DE CHIRURGIE, t. X, p. 820. Séance du 19 novembre 1884.

(1) Voir BULLET. DE LA SOC. DE CHIRURGIE, t. I, p. 448, 1875.
(2) Voir BULLET. DE LA SOC. DE CHIRURGIE, 1875, 1876 et 1878.
(3) *Etude clinique sur les indications de l'urétrotomie externe.* Delahaye, Paris, 1880.
(4) *Leçons de clinique externe faites à l'hôpital de la Pitié.* O. Doin, Paris, 1882.
(5) *Maladies des voies urinaires.* Paris, 1881, p. 173 et suiv.

catégorie. En effet, de deux choses l'une : ou la miction va devenir plus facile, l'urétrorragie se suspendre, la tumeur périnéale diminuer — comme dans notre observ. V — et alors on sera en présence d'un cas léger : ou bien la rétention d'urine va devenir complète, l'infiltration urineuse et ses conséquences sont à craindre, et le cas grave sera définitivement constitué. Ainsi, dans les contusions graves du périnée, compliquées ou non de plaies, ce qui constitue par excellence l'indication d'une intervention immédiate, c'est la rétention d'urine. La nécessité d'évacuer la vessie s'impose, afin de mettre le blessé à l'abri des dangers si graves de l'infiltration urineuse (1). « Le plus timide est alors obligé d'agir, dit M. Guyon, et d'agir chirurgicalement. Le traitement médical ne saurait apporter aucun soulagement, ni aucune chance de guérison ; il ne ferait que faire perdre un temps précieux. »

Les ressources du traitement chirurgical sont multiples :

1° Le cathétérisme.

2° La ponction de la vessie.

3° L'incision périnéale simple.

4° L'incision périnéale avec recherche immédiate du bout postérieur, et application de la sonde à demeure, c'est-à-dire l'*urétrotomie externe d'emblée.*

Tout le monde est à peu près d'accord sur la nocuité du cathétérisme immédiat que pratiquaient jadis tous ceux qui s'occupaient spécialement des affections des voies urinaires.

Dans les cas graves — nous rappelons que nous n'avons exclusivement en vue que ceux-là — l'emploi de la sonde est le plus souvent inutile et dangereux. M. Guyon est sur ce point très affirmatif. Outre la difficulté de l'introduction et la possibilité d'hémorrhagies, de décollements, qui sont autant de contre-indications, le cathétérisme est tout à fait insuffisant et ne met pas le malade à l'abri des accidents consécutifs. Aussi est-on autorisé tout au plus à faire des tentatives légères, très douces, qui ont autant pour but de reconnaître le siège de la lésion que de savoir si on peut passer. Il faut avoir recours d'emblée à une méthode vraiment chirurgicale agir comme un chirurgien et non comme un spécialiste.

La ponction hypogastrique avec canule à demeure peut rendre de grands services : en permettant l'écoulement de l'urine en dehors, elle met la déchirure périnéale à l'abri de tout contact dangereux ; mais son action ne peut être que palliative et temporaire (2).

L'incision simple du périnée présente les mêmes avantages ; elle satisfait aux indications les plus pressantes et permet, en ouvrant là poche à la fois urineuse et hématique, de sauver les blessés ; mais elle aussi laisse de côté tout ce qui touche à la reconstitution du canal.

« *Seule*, dit M. Guyon, l'incision périnéale, avec recherche *immédiate* du bout postérieur et application de la sonde à demeure, remplit toutes les indications thérapeutiques. »

Ainsi, lorsqu'on se trouve en présence d'une rupture traumatique de l'urètre avec rétention d'urine, l'urétrotomie externe d'emblée, c'est-à-dire immédiate et sans conducteur, est toujours formellement indiquée. Telle est l'opinion de la plupart des chirurgiens, et, parmi ceux qui la professent, plusieurs dont le nom fait si justement autorité, MM. Guyon, Cras, Bœckel, Rochard, prétendent que cette recherche du bout postérieur est facile et *presque infaillible* le premier jour, et devient au contraire plus difficile les jours suivants. « Il est probable, dit M. Terrillon, que si les chirurgiens étaient pénétrés de la facilité avec laquelle on trouve le bout, dès le début, aucun n'hésiterait à poser immédiatement une sonde à demeure (1). » Cependant, certains chirurgiens sont moins affirmatifs, et, dans un ouvrage récent, dû à la collaboration de MM. Desprès, Gillette et Horteloup (2), la recherche du bout postérieur de l'urètre et le placement d'une sonde à demeure ne sont pas considérés comme devant suivre de suite, sans désemparer, l'incision périnéale, qui, elle — et tout le monde est aujourd'hui d'accord sur ce point (3) — *doit être pratiquée toujours immédiatement.*

La recherche du bout postérieur de l'urètre est-elle en réalité toujours facile, même quand elle est pratiquée immédiatement après l'ouverture du périnée? L'urétrotomie externe *retardée* n'a-t-elle pas certains avantages ? C'est ce que nous allons examiner, en nous appuyant sur les observations suivantes :

Obs. I. (Personnelle). — Chute sur le périnée. — Rupture de l'urètre. — Rétention d'urine. — Incision périnéale médiane. — Cathétérisme direct le septième jour. — Guérison.

G..., âgé de 20 ans, était en train de charger une voiture de foin, quand il glissa et tomba à califourchon sur une des ridelles le 23 août 1884. Quand nous le voyons pour la première fois, le lendemain de l'accident, nous constatons l'existence d'une tumeur périnéale et d'une forte contusion de la région, sans solution de continuité. La peau est chaude et tendue ; le périnée est bombé, saillant ; le scrotum est tuméfié. Le malade n'a pas uriné depuis trente-six heures ; la miction est impossible et les douleurs sont très vives. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic.

Nous essayons avec une grande douceur de pratiquer le cathétérisme ; nous sommes arrêtés au niveau du bulbe et nous ramenons notre sonde avec quelques gouttes de sang. Sans insister davantage, nous faisons immédiatement, après avoir endormi le malade, une longue incision périnéale, *unique et médiane*, et nous trouvons une cavité remplie d'un sang noir mêlé à un peu d'urine. Nous lavons la plaie avec une solution phéniquée faible, et faisons maintenir appliquées, sur le scrotum et le périnée, des compresses trempées dans l'eau phéniquée. Le malade essaie d'uriner, sans y réussir, et nous le quittons, nous proposant de revenir quatre ou cinq heures plus tard, et de faire, s'il y a lieu, l'urétrotomie externe, ou la ponction hypogastrique dans le cas où nous ne pourrions pas retrouver le bout postérieur.

Quand nous revoyons le malade dans la soirée, il avait uriné par la plaie périnéale, environ deux heures après notre départ. La vessie est affaissée, et les douleurs ont fait place à un grand sentiment de bien-être. Nous maintenons les lèvres de la plaie écartées avec quelques bandelettes de tarlatane phéniquée, et, n'ayant plus à craindre aucune complication immédiate, nous maintenons fixés contre le périnée, par un bandage en T, une éponge phéniquée destinée à recevoir l'urine.

(1) Il y a peu de temps, nous trouvions publié à l'étranger : « Deux cas de gangrène du scrotum, suites de chutes sur le périnée et de rupture de l'urètre, par J.-B. Shapleigh (Boston med. and. surg. Journ., 26 janv. 1883).... Et que de cas analogues, dus à une intervention trop tardive??? »

(2) Une observation récente de M. le docteur Cauvy (de Béziers) démontre bien que la ponction hypogastrique ne saurait constituer qu'un moyen palliatif, et qu'on doit recourir d'emblée à la périnéotomie (V. Bull. de la Soc. de chirurgie, t. XI, p. 356).

(1) Thèse d'agrégation, p. 144.

(2) *Eléments de pathologie chirurgicale* de Nélaton, 2e édition, t. VI, 1884.

(3) L'observation de M. Barthélemy prouve, il nous semble, et comme l'a fait si bien ressortir M. Chauvel, les dangers de l'incision périnéale retardée, qu'avaient jadis défendue M. le professeur Le Fort et M. Daniel Mollière (de Lyon).

Le malade continue à bien aller et à uriner les jours suivants par la plaie périnéale.

Le 30 août, c'est-à-dire sept jours après l'accident, le malade nous dit avoir rendu par le méat quelques gouttes d'urine. Nous essayons alors de passer directement une bougie, et nous arrivons à introduire dans la vessie une bougie filiforme (n° 5 de la filière Charrière) que nous laissons à demeure. Nous n'avions plus, dès lors, à songer à faire l'urètrotomie externe.

Le 3 septembre, nous remplaçons la bougie par une sonde olivaire n° 8. A partir de ce moment, il ne s'écoule plus d'urine par le périnée. La plaie est rose, bourgeonnante, et tend à se cicatriser.

Nous laissons successivement à demeure des sondes de plus en plus grosses dans les jours qui suivent : le 7, une sonde olivaire n° 10 ; le 14, une sonde en caoutchouc vulcanisé n° 14.

Le 19, le malade est complètement guéri et retourne chez lui. La plaie périnéale est cicatrisée ; les mictions sont normales, et le jet d'urine aussi gros qu'avant.

Pendant le mois qui suit, le malade vient se faire passer des sondes de temps à autre, pour maintenir le calibre du canal qui tend à se rétrécir. Nous le revoyons vers la fin d'octobre, et nous constatons l'existence d'un commencement de rétrécissement qui sera probablement passible, plus tard, d'une urétrotomie interne.

Nous lui passons successivement des bougies n° 10, 11, 12, et nous laissons cette dernière à demeure pendant dix minutes. Nous engageons le malade à venir de temps en temps nous trouver pour se soumettre à cette petite manœuvre.

Depuis le mois de décembre, il n'est pas revenu, et aujourd'hui (février 1885), il continue à bien uriner et ne paraît avoir aucune menace de rétrécissement, comme nous le craignions tout d'abord.

OBSERVATION II. (Personnelle) — CHUTE SUR LE PÉRINÉE. — RUPTURE DE L'URÈTRE. — RÉTENTION D'URINE. — INCISION PÉRINÉALE MÉDIANE. — CATHÉTÉRISME DIRECT LE DOUZIÈME JOUR. — GUÉRISON.

B..., âgé de 26 ans, homme d'équipe au chemin de fer de Lisieux, était en train de charger des fûts vides dans un wagon de marchandises, vers dix heures du soir, le 25 août 1884, quand, son pied lui manquant, il tomba à califourchon sur le rebord du wagon, une jambe pendant dans le vide et l'autre repliée sous lui. On l'aida pour se relever ; mais, au moment de la chute, il ne ressentit qu'une sorte d'étourdissement, sans douleurs vives au niveau du périnée, et il put rentrer à pied chez lui, à 400 mètres environ de la gare. Dans le trajet, il essaya d'uriner, mais sans résultat. Une fois rentré, il se mit au lit et essaya inutilement à plusieurs reprises d'uriner. Il s'écoula pendant la nuit quelques gouttes de sang par le méat, mais le blessé ne put pas rendre une seule goutte d'urine. En même temps, la région périnéale se tuméfiait, devenait chaude et rouge, les douleurs étaient vives et la fièvre assez forte.

M. le docteur Decornière, qui vit le blessé dans la journée, c'est-à-dire environ dix-sept heures après l'accident, constata l'existence d'une tumeur périnéale très manifeste ; le scrotum était très gonflé, et la région périnéale avait une couleur noire qui s'étendait en arrière jusqu'à la ligne bi-ischiatique. Le pouls était fréquent et petit, la langue sèche. M. Decornière envoie le blessé à l'hôpital, dans le service du docteur Notta, qu'il suppléait.

Cataplasmes sur le périnée.

Le 27 août, M. Decornière trouve le blessé à peu près dans le même état que la veille. La nuit a été très agitée ; quoique le blessé n'ait pas uriné du tout depuis son accident, la vessie ne paraît pas encore très distendue. M. Decornière fait une incision périnéale médiane, longue d'environ 3 centimètres, après avoir essayé sans résultat de pratiquer le cathétérisme. Une fois l'incision faite, il n'est sorti que du sang noir, ne contenant pas d'urine. On applique sur la plaie de la charpie trempée dans de l'eau chloratée.

Le soir, le blessé n'avait pas encore pu uriner, et accusait des douleurs très vives. Ce n'est qu'à neuf heures du soir, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'accident, que s'écoulèrent par la plaie périnéale les premières gouttes d'urine. Il n'arriva que la valeur d'un verre à la fois, et vers minuit le malade urina environ la même quantité. Les douleurs se calmèrent, et la nuit fut assez bonne.

Le lendemain, l'urine s'écoula plus facilement par la plaie, et les jours suivants les mictions furent régulières et normales, toute l'urine s'écoulant par la plaie. L'état général était bon ; l'appétit et le sommeil étaient revenus. Les bourses ne sont plus tuméfiées, la plaie périnéale est pansée avec de la charpie trempée dans une solution de chloral.

M. Notta reprend le service le 1er septembre et apprend le 6 que le malade a rendu quelques gouttes d'urine par le méat. Il essaie alors de pratiquer le cathétérisme et parvient à introduire dans la vessie une bougie (n° 10 de la filière Charrière) qu'il laisse à demeure.

Le 7, le malade urine davantage par le méat, mais la plus grande partie des urines s'écoule par la plaie.

Le 9, on change la bougie et on la remplace par une bougie n° 12 qui est laissée à demeure.

Le 13, on passe une bougie n° 14.

Le lendemain, la bougie, expulsée pendant la nuit, est trouvée dans le lit du malade et remplacée par une sonde en caoutchouc vulcanisé de la même grosseur. A partir de ce jour, le malade urine par le canal, mais il s'écoule toujours de l'urine par la plaie.

La sonde est changée tous les quatre ou cinq jours et choisie chaque fois un peu plus grosse, jusqu'au n° 22. Il ne sort plus que quelques gouttes d'urine par la plaie périnéale.

Le 27 septembre, on retire la sonde et on passe tous les matins des Béniqué jusqu'au n° 41.

1er octobre. — Le malade n'urine plus du tout par la plaie du périnée, qui est presque tout à fait cicatrisée.

Le malade quitte l'hôpital le 7 octobre, complètement guéri.

Nous revoyons le malade le 5 novembre. Il urine très bien : nous lui passons une sonde olivaire n° 48 et percevons, au niveau du bulbe, la sensation d'une bride fibreuse qui correspond probablement à la rupture de l'urètre. Il n'y a aucune tendance au rétrécissement, et, depuis, la guérison s'est maintenue (févr. 1885).

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA SPLÉNALGIE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — DE L'IMPORTANCE DE CE SYMPTÔME POUR LE DIAGNOSTIC DES FIÈVRES PALUDÉENNES PERNICIEUSES, DES FIÈVRES LARVÉES ET DE CELLES A TYPE RÉGULIER OU A FORMES ANORMALES, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

La splénalgie provoquée n'est d'ailleurs pas un fait exceptionnel chez les enfants. Nous pouvons en citer d'autres exemples. Aussi pensons-nous que c'est de la première enfance que M. Duboué a voulu parler.

Dans l'observation suivante, en effet, la douleur à la région splénique a été nettement accusée par la pression. Il s'agissait cependant d'un enfant de six ans. J'avais consigné ce détail de la douleur splénique à une époque où je ne songeais pas à l'importance clinique de ce symptôme. Car je n'avais noté l'histoire abrégée de la maladie qu'à un tout autre point de vue. J'y avais considéré simplement la manifestation anormale de l'impaludisme, se produisant sous forme de poussées congestives dans les voies respiratoires.

Obs. II. — *Fièvre intermittente à type tierce. — Poussées congestives dans les poumons revenant périodiquement. — Splénalgie. Sulfate de quinine. — Guérison.*

Marie D..., âgée de 6 ans, fille d'un ingénieur, convalescente d'une pleurésie gauche depuis une vingtaine de jours environ, a été prise, le dimanche 22 juin 1873, dans la matinée, vers huit heures, de violents frissons. Je constate dans l'après-midi les signes sthétoscopiques d'une bronchite aiguë généralisée. La fièvre est intense. Le pouls est à 132-136. La température axillaire est à 40°,1. Il y a des râles muqueux abondants surtout en avant. Je conseille l'application d'un vésicatoire de 10 centimètres carrés au devant du sternum, et comme boisson de la tisane pectorale.

Le lendemain 23, au matin, tous les symptômes de la veille ont disparu, et j'en attribuais à peu près tout le mérite à la médication, quoique je fusse surpris d'un aussi complet évanouissement des troubles locaux aussi bien que des phénomènes généraux.

Mais le 24, les mêmes symptômes reparaissent avec le même cortège fébrile que l'avant-veille et à la même heure. Il y a des râles abondants, siffiants, ronflants dans toute la poitrine, des râles muqueux surtout vers la base des deux poumons. A la percussion, je constate de la submatité des deux côtés. Mais, lorsque je percute l'hypochondre gauche, la petite malade accuse une légère douleur, douleur que la pression développe, et qui n'existe pas du côté droit. Les signes sthétoscopiques n'étant pas plus prononcés à gauche, je me servis du mot « pleurodynie » pour expliquer cette douleur. Cependant la rate percutée était augmentée de volume. Le pouls battait 124 ou 128 fois par minute. La température axillaire est à 39°,8. Je prescris six petits paquets de sulfate de quinine de 10 centigrammes chacun, à prendre de trois heures en trois heures (0 gr. 60 en vingt-quatre heures).

Le 25, apyrexie; on devra prendre encore six nouveaux paquets de sulfate de quinine.

Le 26, entre onze heures et midi, Marie D.., avait de nombreux bâillements, un peu de rougeur à la face, quelques efforts de toux. — Dans l'après-midi, le pouls était à 84-88 La température à 37°. — On entend quelques petits râles; nouvelle dose de sulfate de quinine (1 gramme pour 48 heures en 10 paquets).

Le 28, pas d'accès; plus de toux. Guérison.

Réflexions. — 1° Dans ce fait, j'avais songé, dès le début, à une bronchite capillaire. Le lendemain, au contraire, voyant tous les symptômes inquiétants disparus, j'aurais volontiers souri de mes craintes de la veille et je me serais fait presque un mérite de l'efficacité du traitement employé.

2° La reprise du surlendemain me fit réfléchir. C'est à ce moment que je découvris la douleur de la région splénique à la pression. Mais cela ne suffit pas à me mettre sur la voie de la solution du problème. Je pensais à une rechute de bronchite plutôt qu'à une reprise d'accès paludéens à localisation pulmonaire. Toutefois la similitude absolue des symptômes de l'avant-veille et le début de la reprise à la même heure me firent pressentir la vérité, et je prescrivis, quoique hésitant, de la quinine.

3° Le résultat fut tel que je considérai ce fait comme un cas de fièvre intermittente anormale, se produisant sous forme de congestion pulmonaire.

La douleur de l'hypochondre gauche, dans les cas d'impaludisme, n'est pas toujours provoquée uniquement par la pression. Elle peut exister aussi sous forme de point de côté, s'exaspérant à chaque mouvement respiratoire. M. Obédénare, dans son excellent article de géographie médicale déjà cité (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, de Dechambre, t. XXV, p. 582 et suivantes, art. « Provinces dannhiennes », a insisté sur cette particularité de la fréquence, dans les pays où il exerce la médecine, d'une splénite vraie, et même d'une périsplénite dans les cas de fièvres pernicieuses et dans ces formes d'impaludisme que M. Léon Colin (1) et M. Laveran appellent fièvre continne paludéenne ou fièvre pernicieuse sub-continue.

Après avoir lu l'article du docteur Obédénare, je me suis rappelé un fait que j'ai noté six ans auparavant, fait dans lequel la mort de la malade eût peut-être, m'a-t-il semblé après coup, été conjurée par l'ingestion de fortes doses de quinine si un signe quelconque eût pu indiquer l'utilité de ce médicament. Il faut toutefois reconnaître que cette personne, étant diabétique à un très haut degré, a pu succomber à des accidents de coma, se rattachant à ce que l'on a appelé depuis lors l'*acétonémie*.

Je ne cite donc ce fait qu'à titre d'exemple et d'enseignement, en plaçant un grand point d'interrogation sur la nature même des accidents qui ont emporté la malade.

Obs. III. — *Femme de quarante-deux ans diabétique. — Frissons. — Point de côté à l'hypochondre gauche. — Coma. — Mort en trente heures.*

Mme T... R..., âgée de 42 ans, ayant eu trois enfants, dont deux sont vivants et bien portants, présentant elle-même une santé assez bonne en apparence, ressentait depuis plusieurs mois, lorsqu'elle vint me consulter pour la première fois, une fatigue extrême sans motif; elle avait de l'insomnie, et se plaignait de démangeaisons assez vives à la vulve. Elle mangeait, buvait et digérait cependant fort convenablement, et ne venait me consulter que pour son état d'*asthénie* et pour une constipation excessive. L'analyse des urines me dévoila une glycosurie à un degré très prononcé. Je la soumis au régime de Bouchardat, pain de gluten, viandes rôties, peu ou pas de féculents non plus que de mets sucrés. Comme traitement, je fis prendre de l'eau de Vichy, du carbonate d'ammoniaque; puis vinrent les amers : gentiane, quassia, colombo; puis ensuite des antispasmodiques : valériane, laurier-cerise; et des calmants : bromure de potassium, opium; et enfin des ferrugineux et des toniques, et aussi de la rhubarbe. Tout cela suivant les indications du moment.

L'amélioration fut notable. Au bout de six semaines à deux mois, malgré mes protestations et mes menaces, la malade se considérait comme guérie et faisait fi de son médecin.

Quelques mois après, je suis appelé chez Mme T..., alitée depuis le matin. Un frisson des plus violents l'avait saisie vers sept heures et avait duré une demi-heure. Puis un point de côté était survenu, gênant la respiration. La peau est brûlante et sèche à une heure de l'après-midi. Le pouls bat 144-148 fois par minute. La température axillaire s'élève à 40°,8. Le point de côté préoccupe la malade. J'ausculte attentivement. Je ne découvre aucun bruit anormal, tant s'en faut, car la respiration est courte, et je ne constate, à la base de la poitrine explorée avec le plus grand soin, qu'une absence ou plutôt une diminution notable du murmure vésiculaire; à la percussion, je remarque de la submatité plutôt que de la matité à la base du thorax du côté gauche. La douleur est surtout vive au-dessous du sein. Je conseille l'application immédiate d'un large vésicatoire sur la région douloureuse, et je formule une potion gommeuse additionnée de 15 gouttes d'éther et de 20 grammes d'oxymel scillitique.

Le lendemain matin, les symptômes se sont aggravés, la malade est dans un état comateux des plus inquiétants. Je demande l'assistance d'un confrère. Il en vient deux : MM. Barbrau et Carion, qui purent heureusement arriver de suite.

Nous constatons d'abord avec stupéfaction que le vésicatoire n'avait produit aucun effet et pour un motif des plus sérieux, c'est-

(1) *Traité des fièvres intermittentes*, p. 130-140.

qu'on l'avait appliqué à l'envers. La potion était à peine entamée; la malade étant assoupie ou endormie depuis cinq à six heures du soir, ce sommeil avait été respecté avec le plus grand soin. Nous cherchons à ausculter; la malade ne répond à aucune de nos questions. On prescrit l'application de quatre sangsues vers le point douloureux à côté du vésicatoire. Nous pensons à un accès de fièvre pernicieuse, bien que les fièvres pernicieuses soient pour ainsi dire inconnues dans nos contrées. Nous conseillons des lavements additionnés chacun de 0 gr. 20 de sulfate de quinine à donner d'heure en heure. La malade succombait à onze heures du matin.

Réflexions. — Je n'ai rapporté cette observation que pour la rapprocher des cas de périsplénite qui, d'après le docteur Obédénare, caractériseraient surtout les fièvres pernicieuses dans la Bulgarie et la Moldo-Valachie. Mais je crois devoir, en outre, faire ressortir quelques considérations dans la narration de ce fait qui, malheureusement, n'a pu être suivi d'autopsie :

1° La possibilité d'admettre l'existence d'une périsplénite d'origine maremmatique pour expliquer non seulement le point de côté situé exactement à l'hypochondre gauche, mais aussi la gêne de la respiration par la douleur que provoquaient les inspirations profondes.

2° La probabilité de l'influence qu'a dû exercer la glycosurie sur les phénomènes comateux qui ont accompagné l'évolution d'accidents morbides si rapidement mortels.

3° Quoi qu'il en soit, la notion de la fréquence de la splénalgie dans les fièvres paludéennes aurait pu, dans ce cas, faire naître l'idée de donner dès les premières heures des doses de sulfate de quinine suffisantes, non pas pour faire disparaître des troubles aussi graves, mais pour permettre et guider le diagnostic. On aurait ainsi pour le moins diminué l'intensité des symptômes, dans le cas où ils auraient dépendu exclusivement de l'impaludisme.

Importance clinique de la splénalgie. — Par les trois faits que je viens de rapporter, on voit déjà suffisamment de quelle utilité doit être, pour le clinicien, la recherche de la douleur à la pression ou de la simple sensibilité au palper de la région splénique. Dans le premier cas cité, cette douleur simulait un point de côté et pouvait faire craindre le développement d'une pleurésie. Dans le second cas, nous nous sommes trouvé en présence d'une fièvre tierce à forme anomale, puisque les accès s'accompagnaient de congestion sur les organes respiratoires, congestion qui simulait une bronchite aiguë des petites bronches. L'existence de la douleur provoquée par la pression de la région splénique aurait suffi, si nous l'avions recherchée lors de notre première visite, à nous faire songer à des accidents paludéens.

Le troisième fait est resté, au point de vue du diagnostic, forcément douteux; car la rapidité de la marche de la maladie et l'absence d'autopsie ne nous ont pas permis d'élucider la nature réelle des accidents qui ont emporté la malade. Mais l'existence d'un point de côté gênant la respiration, exaspéré par la pression au niveau des fausses côtes, point de côté qui n'était accompagné d'aucun signe stéthoscopique capable d'en justifier l'apparition devait nous faire penser à la possibilité d'un accès de malaria. Malheureusement, la malade était glycosurique à un degré si prononcé qu'elle a dû succomber plutôt à des accidents de coma diabétique.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

Des perfectionnements de l'opération du strabisme.

Jusque vers le milieu de ce siècle-ci, le strabisme était considéré comme une infirmité à peu près incurable, dont on prenait son parti. C'est ainsi que le grand Buffon garda toute sa vie un affreux strabisme divergent, qu'il étudia d'ailleurs d'une manière remarquable. Quand une femme avait du strabisme convergent, cette difformité, moins disgracieuse que la précédente, prenait le nom de *trait de Vénus*, et tout était dit. Il ne venait à l'idée de personne de remédier par une opération aux erreurs de la nature, et ce n'est qu'en 1838 que Dieffenbach proposa la section du muscle contracturé, dans le but de guérir le strabisme. Sa proposition eut un grand succès, trop de succès; de toutes côtés, les myotomies se multiplièrent, et leur résultat fut tel que le public n'est pas encore complètement revenu de l'aversion qu'il conçut alors pour l'opération du strabisme.

On ne se rappelle que trop combien de strabismes convergents légers ont été transformés par la myotomie du droit interne en strabisme divergent excessif, avec protusion du globe oculaire. C'est qu'on coupait alors le muscle contracturé dans sa continuité, de sorte que les deux bouts sectionnés se séparaient largement l'un de l'autre et s'atrophiaient, tandis que l'antagoniste entraînait de son côté le globe oculaire sans rencontrer aucune résistance.

Bonnet (de Lyon) fit faire un grand progrès à la question lorsque, après une étude anatomique minutieuse de la capsule de Tenon, il substitua à la myotomie de Dieffenbach la section du tendon faite au ras de la sclérotique. Ce nouveau procédé permit aux chirurgiens expérimentés de guérir nombre de strabismes, sans avoir à redouter ces affreuses déviations en sens contraire, si communes après l'ancienne opération. D'ailleurs, de toutes parts, on a perfectionné, précisé, réglementé la ténotomie, et on a noté avec soin combien de millimètres de correction on peut obtenir après la section du tendon faite de telle ou telle manière, suivant que l'ouverture conjonctivale est étroite ou large, et suivant qu'on a ménagé plus ou moins avec le crochet à strabisme les expansions de la capsule de Tenon. Tout cela est aujourd'hui classique, et la ténotomie se trouve toute codifiée, même dans les traités généraux de chirurgie. Soumise à des règles précises, comme elle l'est aujourd'hui, la ténotomie demeure une excellente opération et une des plus brillantes conquêtes de la thérapeutique. D'une exécution facile, elle permet de redresser avec une précision suffisante la grande majorité des strabismes.

Cependant, bien des strabismes échappaient encore à l'action chirurgicale, tant que celle-ci n'a eu dans son arsenal qu'une seule arme, la ténotomie. On n'osait pas toucher aux déviations légères, dans la crainte de déterminer, après l'opération, un strabisme en sens contraire, et les déviations excessives dépassaient le degré de correction qu'on peut obtenir avec une seule ténotomie, faite aussi largement que possible. En présence d'un strabisme très accentué, le chirurgien se trouvait donc dans l'alternative ou de recourir à l'ancienne opération de Dieffenbach, ce qui était inadmissible, ou de répartir la correction sur les deux yeux. Or, le malade refusait souvent de laisser toucher à son bon œil. Enfin, il est incontestable qu'un muscle qui a subi la ténotomie est non seule-

ment reculé, maie affaibli, et il y a souvent indication nrgsnte de conserver intacte toute la force du muscle, snrtont quand il s'agit du droit interne, duquel on exige des efforts ei fréquemment répétés, dans l'acte de la convergence.

Il fallait donc trouver une opération qui pût remplacer la ténotomie quand celle-ci était contre-indiquée et, d'autre part, se combiner avec elle pour obtenir un effet maximum, quand une seule ténotomie ne pouvait donner une correction complète. L'honneur de cette découverte revient eans contests à J. Gnérin, qui pratiqua le premier l'avancement dn muscle affaibli et fit entrer dans la pratiqus cette notion féconde de l'avancement du tendon pour faire le pendant avec le reculement de celui-ci, déjà connu. Soit, par exemple, un strabisme divergent; Guérin a démontré qn'on peut obtenir le redressement anssi bien en portant plus en avant, plus près de la cornée, le tendon du droit interne, qu'en reculant, par la section, celui dn droit externe. L'idée seule de Guérin a survécu, car son procédé opératoire n'était réellement pas pratiqne, et personne ne songe aujourd'hui à le mettre en usags. Ce n'est plus qu'une curiosité historique, que le cadre de ce journal ne nous permet pas de décrirs tout au long. Bornons-nous à dire que ce chirurgien, après avoir coupé le muscle à avancer, cherchait à le faire greffer snr un point plus rapproché de la cornée en faisant tourner dans le sens du tendon sectionné le globe oculaire lui-même, par nn fil passé sous la conjonctive et maintenu par des bandelettes agglutinatives.

Le tendon n'était point avancé de force, comme dans des procédés plus récents, vers une insertion plus antérisure; c'était cette insertion elle-même qni venait se présenter andevant du tendon sectionné.

Inutile d'insister; on conçoit combien nn pareil procédé engendrait de mécomptes et qu'il a fallu nécessairement des perfectionnements opératoires importants, pour qne la précieuse découverte de Guérin ne demeurât pas stérile.

Anjourd'hui, trois procédés principanx basés snr le même principe ss disputent la préférence; ce sont: la suture conjonctivals, l'avancement musculaire et l'avancement capsulaire, qui, cette année encore, ont été tous trois préconisés au Congrès d'ophthalmologie de Paris.

La suture conjonctivale, qui appartient à de Græfe, a été défendue par M. Meyer, qui l'emploie encore anjonrd'hui, avec beaucoup de succès d'ailleure, pour augmentsr l'effet de ses strabotomies. Soit, par sxemple, un strabisme convergent que la ténotomie du droit intsrne ne parvient pas à corriger complètement; pour obtenir un redressement parfait, M. Meyer passe sous la conjonctive, vers l'angle externe de l'œil, un fil qu'il dirige en dedans eous cette muqneuse et qu'il fait ressortir au voieinage du bord externe de la cornée. Ce premier temps exécuté, il noue les deux chefs du fil, de façon à former un pli conjonctival et serre plus ou moins, suivant le point vers lequel il veut entraîner l'œil. La conjonctive, doublée par les prolongements de la capsule de Tenon, forme une sangle solide et fait tourner puissamment le globe oculaire dans la direction du pli conjonctival; de sorte que, du côté opposé, le tendon coupé s'insérera plus en arrière sur la sclérotique que si l'œil avait été abandonné à lui-même après l'opération. On enlève le fil vers le dsuxième ou le troisième jour. Il est facile de comprendre que l'effet de la ligature sera d'autant plus grand que le pli formé par la conjonctive qu'elle renferme est plus considérable. C'est là, en définitive, un procédé de douceur destiné à augmenter l'effet de la ténotomie et qui a ses indications particulières; mais noue ne croyone pas qu'il puisse suppléer, dans tous les cas, les deux opérations dont il nous reste à parler.

L'avancement musculaire, tel qn'on le pratiqne encore anjourd'hui, est une opération dont la technique est due à Critchett et qn'on a plus ou moins modifiée depuis (de Græfe, de Wecker, Agnew, Abadie, etc), sans parvenir à perfectionner beancoup le procédé du chirurgien anglais, déjà trèe parfait. On veut, je suppose, avancer le muscle droit interne. Voici en quoi consiste l'opération: le chirnrgien, saisissant avec les pinces à 2 millimétres du bord interne de la cornée un pli conjonctival, dissèque avec les ciseaux la muqueuse oculaire jusqu'à découvrir le tendon du muscle, puis enlève un lambeau semi-lunaire large de 3 à 5 millimètres à la conjonctive, de façon que la perte de substance ait la forme d'un croissant vertical dont la concavité regarde la cornée. Le tendon du muscle est chargé ensuite sur le crochet à strabisme, puis conpé comme dans une ténotomie ordinaire, à l'exception de quelques fibres médianes qu'on respecte provisoirement et qui sont destinées à empêcher le muscle de se rétracter et de fuir dane l'orbite psndant l'application des sutures. L'opérateur passe alors une aiguille armée d'un fil à travers la conjonctive, au-dessus du diamètre vertical de la cornée; cette aiguille est dirigée ensuite sous le tendon du droit interne, qu'elle embroche vers sa partie médiane pour ressortir finalement à travers le lambeau conjonctival qui recouvre le tendon. Un second fil, partant de l'extrémité inférieure de la cornés, est conduit de la méme manière et vient ressortir, après avoir traversé également le tendon, à travere le lambeau périphérique de la conjonctive, à deux millimètres environ au-dessous du fil précédent. Le tendon étant alors solidement embroché par les deux fils, on peut, sans crainte qu'il ne s'éëhappe, couper les quelqnes fibres médianes qui le fixent encore à la sclérotique. Il ne reste plus dès lors qu'à serrsr les fils plus ou moins fortement, suivant le degré de correction qn'on veut obtenir, pendant qu'un aide facilite cette manœuvre en portant l'œil fortement en dedans, avec deux pinces qui saisissent la conjonctive au-dessus et au-dessous de la cornée. Voilà l'opération de l'avancement musculaire tel que la pratique M. Abadie, qui s'est fait son défenseur, au dernier congrès. Cet oculiste a insisté d'une manière particulière sur l'avantage qu'il y a à dépasser le degré de correction absolument nécessaire et à faire ce qu'il appelle de l'hypercorrection, c'est-à-dire, en cas de strabisme divergsnt, à avancer le droit interns jnsqu'à ce que l'œil soit dévié légèrement en dedans.

L'expérience apprsnd, en effet, que, dans les jours qni suivent l'opération, l'effet correcteur tend à diminuer un pen; d'ailleurs, si on a exagéré l'avancement, on demeure toujours maître du résultat définitif en enlevant les sutures de bonne heure, et, si cela ne suffit pas, en faisant, à travers la plaie conjonctivale encore ouverte, des débridements destinés à détruire quelques adhérences dans les tissus en voie de cicatrisation. L'avancement musculaire a fait faire de grands progrès à l'opération du strabisme, en permettant de doeer la correction. Combiné avec la ténotomie de l'antagoniste, ce procédé suffit pour redresser un œil aussi dévié que possible; employé seul, il permet de corriger des déviations légères, jusqu'à 15° et même 20°. C'est, en grande partie, à ce procédé qu'on doit les nombreux succès obtenus pendant ces dernières années dans la cure du strabisme, succès qui ont un peu fait oublier les désastres opératoires d'il y a vingt et trsnte ans et remis

en honneur, auprès du public et des chirurgiens, l'opération du strabisme. Mais le progrès ne s'arrête jamais, et nous croyons qu'on pourra, avant longtemps, prononcer l'oraison funèbre de l'avancement musculaire, supplanté par une nouvelle opération rivale, l'avancement capsulaire.

Tous ceux qui ont fréquenté la clinique du docteur de Wecker ont été frappés des résultats parfaits obtenus dans le strabisme à l'aide de l'avancement capsulaire, procédé merveilleux de simplicité, dont cet oculiste est l'inventeur. Nous allons décrire cette opération, comme nous la lui avons vu pratiquer bien des fois, renvoyant les lecteurs, désireux de plus amples renseignements, à la thèse du docteur Lainey, chef de clinique de de Wecker (*De l'avancement capsulaire*, Paris, 1885). Après instillation de quelques gouttes de cocaïne dans l'œil à opérer, M. de Wecker pratique, du côté de la cornée où il veut faire l'avancement capsulaire, l'excision d'un lambeau semi-lunaire de conjonctive, absolument comme dans le premier temps de l'avancement musculaire, et met ainsi à nu le tendon du muscle. L'insertion de celui-ci à la sclérotique doit correspondre, après la rétraction du lambeau externe de la conjonctive disséquée, à la partie moyenne de la perte de substance créée par l'excision du croissant conjonctival. Le chirurgien soulève alors les bords du tendon avec une pince et sur chaque bord, en haut et en bas, il pratique avec les ciseaux une petite boutonnière à travers les expansions latérales du tendon, qui font, comme on le sait, partie de l'aponévrose de Tenon. C'est tout; M. de Wecker ne charge pas le tendon avec le crochet, il n'en coupe pas une seule fibre et se borne à placer les fils comme on le fait dans l'avancement musculaire.

A chaque extrémité du diamètre vertical de la cornée, il traverse donc le lambeau central de la conjonctive avec une aiguille armée d'un fil, qu'il conduit ensuite sous le tendon en les faisant passer successivement à travers les boutonnières pratiquées sur les bords de celui-ci à la capsule de Tenon. Puis le tendon est embroché vers sa partie médiane et les aiguilles ressortent finalement à travers le lambeau externe de la conjonctive qui recouvre le tendon, l'une au-dessus de l'autre, à deux ou trois millimètres de distance. Il ne reste plus qu'à serrer les fils, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la correction qu'on désire. Comme l'avancement musculaire, cette opération peut être pratiquée seule ou combinée avec la ténotomie de l'antagoniste. Employé seul, l'avancement capsulaire est suffisant dans les cas de légères déviations; il fournit une correction moyenne de 5 à 8°, qui peut aller quelquefois, grâce à une large excision conjonctivale, jusqu'à 15 et 20°. « Il est certainement plus sûr, dit le docteur Lainey, et plus facile à doser que le dégagement incomplet du muscle contracturé. Il est très difficile, en effet, de calculer le dégagement plus ou moins incomplet d'un tendon; ou bien l'on ne corrige rien ou bien on dépasse le but, et il y a, après l'opération, strabisme de l'autre côté. L'avancement capsulaire nous met sûrement en garde contre cette dernière alternative. »

Combiné avec la ténotomie, l'avancement permet de corriger à peu près ce qu'on veut. Quand il pratique cette double opération, M. de Wecker fait d'abord l'avancement, sauf le dernier temps de l'opération, qui consiste à nouer les fils. Il sectionne ensuite le tendon du côté opposé, puis revient à ses fils, qu'il serre jusqu'à ce que l'œil lui paraisse replacé dans sa position normale. Depuis l'emploi de la cocaïne, l'avancement capsulaire n'est pas une opération douloureuse, et nous avons vu des malades craintifs la supporter à merveille. Cette opération nécessite d'ailleurs si peu de traumatisme, que le docteur de Wecker permet quelquefois à ses opérés de s'en aller immédiatement à leurs affaires, sans bandeau, et ils ne s'en portent pas plus mal.

En résumé, l'avancement capsulaire a tous les avantages de l'avancement musculaire, sans en avoir les inconvénients. Comme cette dernière opération, il évite l'agrandissement disgracieux de la fente palpébrale et l'enfoncement de la caroncule, qui suivent parfois les ténotomies; comme elle, il s'adresse également aux légères déviations et au strabisme excessif; comme elle, enfin, il peut corriger l'insuffisance musculaire et se trouve indiqué même dans le strabisme paralytique. Mais, dans l'avancement capsulaire, on ne traumatise pas l'œil comme dans l'avancement musculaire; on ne coupe pas de muscle, on ne laboure pas la capsule de Tenon avec le crochet à strabisme; on ne fait pas souffrir le malade, et celui-ci guérit en beaucoup moins de temps. Il est donc probable qu'avant longtemps, l'avancement musculaire aura vécu et que la nouvelle opération sera acceptée et pratiquée par tous les chirurgiens qui cherchent le mieux sans parti pris.

TOUPET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. DES SUCCÉDANÉS DE LA DIGITALE, par le docteur FALKENHEIM, de Kœnigsberg (1). — II. DE L'ACTION DE LA DIGITALINE, DE L'AMMONIAQUE, DE LA CAFÉINE ET DE LA QUININE SUR LE CŒUR SAIN ET MALADE, par le professeur S. TALMA et le docteur VAN DER WEYDE (2). — III. SUR L'ACTION CUMULATIVE DE LA DIGITALINE ET DE L'ELLÉBORÉINE, par VAN DER HEIDE (3).

I. M. FALKENHEIN, assistant du professeur Naunyn (de Kœnigsberg), rend compte des résultats obtenus dans le service de son maître, avec la *convallaria maïalis* et l'*ellébo-réine*, employées à titre de succédanés de la digitale.

Des résultats très contradictoires ont été annoncés par les différents cliniciens qui ont employé la *convallaria maïalis* dans le traitement des maladies du cœur, en lieu et place de la digitale. On a cherché l'explication du fait dans la variabilité de composition des préparations de la convallaria : les uns ont utilisé les racines, les autres les feuilles ou les fleurs de cette plante, pour préparer des infusions ou des extraits qui renfermaient le principe actif, la convallamarine, en proportions très variables, cela n'est pas douteux. Ainsi, à la clinique de Kœnigsberg, on a expérimenté préalablement, sur des grenouilles, une infusion provenant de Saint-Pétersbourg et préparée avec des fleurs séparées de leurs pétioles, et une infusion préparée sur place avec des fleurs brutes. La première infusion a manifesté une activité beaucoup plus grande que la seconde. Mais il a suffi, pour faire disparaître cette différence dans l'intensité des effets obtenus, de préparer une infusion avec des fleurs de provenance indigène, préalablement dépouillées de leurs pétioles qui représentaient les deux

(1) DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN, t. XXXVI, fasc. 1 et 2, p. 84.

(2) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. IX, fasc. 3 et 4, p. 276, 1885.

(4) ARCHIV FÜR EXPERIM. PATHOLOGIE UND PHARMAK., t. XIX, fasc. 1 et 2, p. 127, 1885.

tiere du poids total de la masse. C'est l'infusion préparée dans ces conditions (10 parties de fleurs pour 200 parties de liquide, une cuillerée à bouche toutes les deux heures), qui a servi aux expériences faites sur 8 cardiaques, dans le service de M. Naunyn. En ajoutant à l'infusion 20 parties de mucilage de gomme, on a réussi à prévenir le flux diarrhéique qu'occasionne assez souvent l'administration de la convallamaria. Aucun des malades n'a éprouvé des troubles digestifs intenses, aucun n'a été pris d'anorexie. Jamais on n'a noté des manifestations imputables à une action cumulative.

Quant aux effets thérapeutiques, quoique le nombre des expériences soit, de l'aveu de l'auteur, trop faible pour autoriser un jugement définitif, il n'en reste pas moins acquis, conclut M. Falkenhein, que l'infusion de fleurs de *convallaria maïalis* exerce sur le cœur et la circulation une influence régulatrice dont le degré est en rapport avec la proportion de convallamarine contenue dans l'infusion. Cet effet est obtenu sans inconvénient pour le malade, mais, ajoute l'auteur, il semble qu'il le soit avec moins de certitude que dans les cas où on administre l'infusion de digitale.

L'emploi de *l'elléboréine*, à titre de succédané de la digitaline, a été recommandé par Schmiedeberg, qui se basait sur les résultats fournis par des expériences de laboratoire, établissant une grande similitude d'action entre la digitaline et l'elléboréine. Cette dernière est une glycoside, tirée des racines et des feuilles des différentes espèces d'ellébore, et en particulier de l'ellébore vert. Le conseil donné par Schmiedeberg a été mis une première fois en pratique par Leyden (1). Le professeur de Berlin a fait prendre à un cardiaque, de l'elléboréine à la dose de 2 à 3 milligrammes par jour. Le médicament ne manifesta aucune influence sur les troubles circulatoires notés chez le malade, contrairement à ce qui avait lieu avec la digitale. En présence de ce résultat, M. Leyden jugea superflu de répéter l'expérience.

A l'instigation de Schmiedeberg, la tentative a été reprise par M. Goertz (2). D'après M. Falkenheim, les expériences de M. Goertz n'ont pas donné de résultats concluants en ce qui concerne l'action thérapeutique de l'elléboréine sur les troubles circulatoires chez les cardiaques. Il faut en retenir seulement ce fait intéressant, c'est que dans un cas de maladie de Bright chronique, avec dépression circulatoire, on a pu faire prendre sans accidents graves, la dose relativement énorme de 0 gr. 15 d'elléboréine en solution aqueuse.

A la clinique de M. Naunyn, on a administré l'elléboréine (Merck) sous forme de pilules contenant chacune 0 gr. 01 de principe actif, à raison de 4 (4 × 1) jusqu'à 10 (5 × 2) par jour. A la suite de fortes doses, les malades étaient pris de diarrhées et de nausées. Ces expériences ont été faites sur sept malades, tous atteints de lésions valvulaires ou d'orifice. Il en est résulté, affirme M. Falkenhein, la preuve que *l'elléboréine exerce sur le cœur des effets puissants*, comparables à ceux de la digitaline. On n'a rien observé qui fût attribuable à une action cumulative. Par contre, la diarrhée qui survient à la suite des fortes doses d'elléboréine a nécessité la suspension de la médication.

M. Falkenheim veut bien reconnaître qu'il serait encore prématuré de voir dans l'elléboréine, ainsi que dans les préparations de convallaria, des succédanés de la digitale. Il recommande de ne pas perdre de vue que l'elléboréine est un poison cardiaque violent.

(1) Leyden. *Ueber die Wirkungsweise und die Indicationen der Digitalis.* DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1881, nos 25 et 26.
(2) Goertz. *Ueber Helleborein. Ein Versuch Zum Ersatze der Digitalis.* INAUGURAL-DISSERTATION, Strasbourg, 1883.

II. MM. TALMA et VAN DER WEYDE, après un long exposé des théories émises pour expliquer l'action que la digitale exerce sur l'appareil circulatoire, font connaître les résultats des expériences nouvelles sur lesquelles ils se fondent pour admettre, contrairement à l'opinion de Schmiedeberg, que la digitaline produit une dilatation des artères périphériques, effet qui est obtenu sans l'intervention des centres nerveux, chez les animaux à sang chaud, aussi bien que chez ceux à sang froid. Néanmoins, les auteurs reconnaissent que, le plus souvent, la digitale dissipe les troubles circulatoires, en vertu de l'action qu'elle exerce directement sur le cœur.

Pour s'éclairer sur la nature de cette action, les auteurs ont d'abord étudié les effets de la digitaline sur le cœur de la grenouille, placé sous l'influence dépressive du tartre stibié. Il s'est fait voir que dans ces conditions, la digitaline augmente la systole cardiaque et abrège la diastole. La quinine produit l'effet inverse, comme le prouvent les expériences exposées par les auteurs : sous l'influence de cet alcaloïde, la pression intra-vasculaire diminue, parce que les systoles cardiaques diminuent de fréquence et d'intensité, en même temps que les diastoles gagnent en durée, et sans que les vaisseaux de la périphérie soient directement influencés. En poursuivant leurs recherches, les auteurs croient avoir acquis la preuve que la digitaline est un antidote de la quinine. Ils ont pu se convaincre de l'exactitude de cette notion sur deux malades dont l'un, affecté du vertige « ab aure læsa », présentait les signes et les symptômes d'une dilatation du cœur, après avoir absorbé 38 grammes 1/2 de sulfate de quinine en l'espace de trois semaines; l'antre malade présentait des accidents analogues, après avoir été traité pour des symptômes de congestion et d'inflammation pulmonaires, par de fortes dose de quinine. Ce médicament aggrava les accidents, tandis que l'administration de la digitaline remit toutes choses en ordre et ramena le cœur dilaté à des dimensions presque normales.

Les recherches des auteurs se sont ensuite portées sur l'ammoniaque, qui est connue pour un stimulant énergique de la contractilité musculaire. Les résultats obtenus ont démontré en premier lieu, que l'ammoniaque n'exerce pas une influence favorable sur le cœur déprimé par la quinine. Le contraire a été observé sur des cœurs placés sous l'influence dépressive du tartre stibié. D'autre part, les deux auteurs ont obtenu d'excellents résultats de l'emploi de l'ammoniaque dans bon nombre de cas de dilatation du cœur, principalement chez des vieillards, alors que la digitaline ne manifestait aucune efficacité. Le médicament était administré de la façon suivante : le matin, à jeun, le malade absorbait une certaine quantité de magnésie calcinée pour neutraliser l'acidité du contenu de l'estomac. Puis, à des intervalles de trois heures, il ingérait trois doses d'ammoniaque de 3/4 à 1 gramme chacune, diluées dans une grande quantité d'eau. Chez un malade, dont l'observation est publiée par les deux auteurs, les résultats obtenus avec l'ammoniaque n'ont duré que quelques semaines.

Enfin, les expériences faites par les auteurs sur des grenouilles, avec de la caféine, ont fourni la preuve que cette substance peut, à fortes doses, provoquer l'arrêt des ventricules en systole; à doses plus faibles, la caféine renforce la

systole ventriculaire et en augmente la durée. C'est, à un moindre degré que la digitaline, un antidote de la quinine administrée à doses toxiques. En outre, de même que l'ammoniaque et mieux que la digitaline, la caféine réveille les contractions d'un cœur paralysé au moyen du tartre stibié.

La conclusion générale tirée par les auteurs de leurs recherches, c'est que la dilatation du cœur cède tantôt à l'administration de la digitaline, tantôt à l'emploi de l'ammoniaque et de la caféine; d'autres fois elle résiste à l'administration de ces substances.

III. M. Van der Heide a cherché à s'éclairer sur l'action cumulative de la digitaline et de l'elléboréine, en expérimentant sur des animaux. Les résultats qu'il a obtenus témoignent les uns en faveur, les autres contre la réalité d'une action cumulative de ces substances. Ainsi :

1° Avec des doses très petites (3 milligr. 1/2), administrées successivement à des intervalles assez considérables (1 jour), l'auteur a réussi à tuer des chiens de forte taille.

2° Une dose, non mortelle dans les circonstances ordinaires, suffit souvent pour tuer des animaux qui se trouvent déjà sous l'action de petites doses administrées pendant une période de temps assez longue.

3° Le ralentissement du pouls persiste longtemps après l'administration de la dernière dose, comme l'avait déjà noté Sandras (1833) pour la digitale.

4° L'effet maximum sur le cœur est obtenu à la suite de l'administration de la dernière dose, quand on administre plusieurs doses égales, à des intervalles de temps plus ou moins considérables.

5° Des effets toxiques qu'une dose unique est incapable de produire, surviennent quand cette dose est répétée un assez grand nombre de fois, à des intervalles de temps assez considérables.

Voilà autant de faits qui parlent en faveur d'une action cumulative de la digitaline et de l'elléboréine. Mais d'autres résultats dénotent qu'à la longue il s'établit une certaine accommodation de l'organisme animal à ces deux poisons. En effet, l'auteur a observé :

1° La disparition d'une série de manifestations toxiques, quand il prolongeait l'administration de la digitaline ou de l'elléboréine à des doses toujours égales.

2° Des doses qui, au début d'une expérience, influençaient très puissamment la fréquence du cœur, perdent beaucoup de leur activité à mesure que l'expérience se prolonge.

Les recherches de l'auteur démontrent encore, que les mêmes phénomènes se produisent quelle que soit la voie d'introduction adoptée pour faire pénétrer le toxique dans l'organisme animal. On ne saurait donc, à l'exemple de Gubler, de Rabuteau, de Schmiedeberg, prétendre expliquer les phénomènes de l'ordre cumulatif en invoquant la difficulté avec laquelle la digitaline et l'elléboréine sont résorbées dans le tube digestif. Pour la seconde de ces deux substances, cette hypothèse est d'autant plus inadmissible que l'elléboréine est très soluble dans l'eau. Pour expliquer l'action cumulative de la digitaline, on a encore invoqué la lenteur extrême de l'élimination de cette substance. Des recherches de Dragendorff (1871), reprises par l'auteur, militent en faveur de cette explication. Toutefois, de ce que la digitaline administrée à un animal ne se retrouve pas dans les urines, on ne saurait conclure *à priori* que cette substance est retenue dans l'organisme; il est très probable qu'elle y est décomposée. M. van der Heide penche pour l'explication suivante : il s'établit entre les parties constituantes des organes et la substance toxique des combinaisons très lentes à se former et très lentes à disparaître; en raison de quoi l'action cumulative se conçoit sans peine.

Eu égard aux applications thérapeutiques, les résultats des expériences de l'auteur tendent à établir qu'il est préférable d'administrer la digitaline et l'elléboréine à doses relativement faibles et à intervalles assez éloignés (24 heures); que les phénomènes d'ordre cumulatif, quand ils viennent à se produire, n'impliquent pas un danger immédiat pour la vie du sujet; qu'il y a lieu de craindre le développement soudain d'accidents graves, mortels, lorsqu'on prolonge l'administration de la digitaline et de l'elléboréine, alors que, dans les premiers jours, on n'a pas obtenu de ces médicaments les effets cardiaques habituels. Il semble, ajoute l'auteur, que chez certains sujets, et en vertu d'une prédisposition individuelle, les centres nerveux soient plus sensibles à l'action de ces poisons que le cœur.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris, par le docteur Reliquet. Deuxième fascicule, in-8. — Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs.

L'auteur traite son sujet avec la compétence connue. Après s'être occupé, dans un premier fascicule, de la miction, des spasmes de la vessie et de l'urètre, il entre de plein pied dans l'étude des stagnations d'urine. Celles-ci produites « toutes les fois qu'après l'acte d'uriner il reste de l'urine dans un point quelconque des voies urinaires », se subdivisent en vésicales, urétrales, urétérales ou urétéro-rénales (hydronéphrose).

Le phimosis, l'atrésie du méat, l'épispadias, l'hypospadias, la valvule de la fosse naviculaire, la chandepisse aiguë, le chancre du méat, l'inflammation des glandes de Tyson, les corps étrangers de la région pénienne de l'urètre, les cowpérites et l'ataxie sont les principales causes des stagnations vésicales générales; dans ces cas, la vessie reste dilatée, contenant une masse notable d'urine après chaque miction. Les stagnations vésicales locales, conséquences le plus souvent des précédentes, se produisent lorsque l'organe excréteur, revenant sur lui-même, conserve de l'urine en permanence dans une ou plusieurs dépressions latérales ou cavités de ses parois.

La stagnation vésicale, due au rétrécissement de l'urètre, devient l'objet d'une intéressante étude à laquelle fait suite celle de la stagnation attribuée au déplacement et à l'élévation du col. L'augmentation du volume de la prostate intervient ici comme cause efficiente, et les stagnations qu'elle provoque offrent à l'analyse une période latente, une période d'excitation, une période d'état. La physiologie pathologique, ainsi que la symptomatologie de ces trois phases distinctes, se trouve amplement étudiée.

L'état des urètres, des reins, de la prostate, des voies sé-

minales et des urines, fixe longnement l'attention avant d'aborder l'examen des tronbles généraux dus à la stagnation.

Le traitement vient naturellsment faire l'objet de la derniére leçon ; il varie avec les cas. Un mot enfin sur l'opération de Mercier, destinée à faciliter la sortie de l'urine.

Travail intéreesant, se prêtant peu á l'analyse, mais devant être consulté avec fruit.

D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement, par M. Hélie. — Thèse de Paris.

L'idée de ce travail a été suggérée par un cas observé dans le service de M. le professeur Duplay. Gross (de Philadelphie) a, semble-t-il, l'un des premiers, attiré l'attention sur un pareil sujet. L'affection, toujours consécutive à l'avulsion d'une ou de plusieurs dents, n'aurait rien de commun avec la névralgie des nerfs maxillaires et serait la conséquence d'une compression des branches nerveuses terminales ou de la présence de petits névromes douloureux ; c'est à cette dernière idée que s'arrête l'auteur. La guérison survient en tous cas avec la résection plus ou moins grande du bord alvéolaire.

Contribution a l'étude des accidents consécutifs aux lésions du nerf sus-orbitaire, par A. Tardif. — Thèse de Paris.

Après avoir signalé la facilité avec laquelle le nerf peut être blessé à son émergence du canal sus-orbitaire, l'auteur attire spécialement l'attention sur un certain nombre d'accidents réflexes consécutifs. De nature différente, ces derniers se rangent sous trois catégories et peuvent consister en des troubles moteurs, sensitifs ou trophiques. Dans le premier cas, on observe des phénomènes spasmodiques et paralytiques dans la zone du facial, du trismus et parfois du tétanos, avec des accidents épileptiformes ; dans le second, surgissent des symptômes d'anesthésie ou d'hyperesthésie ; dans le troisième, enfin, se manifestent des arrêts de développement, et, du côté de l'œil, des altérations dues à une nutrition imparfaite. Pour faire disparaître la cause d'irritation qui tient sous sa dépendance les accidents signalés, on devra recourir á l'élongation combinée avec la névrotomie, si le traitement médical reste sans donner de bons résultats.

Du traitement des fièvres paludéennes a Sainte-Marie de Madagascar. — Emploi simultané de la quinine et de l'arsenic, notamment en injection hypodermique dans les formes pernicieuses, par L. Loisel. — Thèse de Paris.

Les fièvres intermittentes de Sainte-Marie de Madagascar paraissent de tous points comparables à celles qu'il nous a été donné d'observer pendant d'assez nombreuses années passées en Algérie. A côté des formes bénignes justiciables du quinquina et de ses dérivés, s'en manifestent d'autres plus graves, parfois réfractaires à l'action du précieux remède. L'arsenic est ici d'un puissant secours, et M. Loisel appelle notre attention sur le bénéfice qu'on peut retirer de son association à la quinine en injection hypodermique. Bien que nous ne soyons pas absolument de son avis quand il parle de l'innocuité d'une semblable médication, surtout lorsque nous avons vu de nombreuses eschares en être la conséquence, nous reconnaissons volontiers que ce moyen s'impose toutes les fois qu'il faut agir vite, toutes les fois que l'intolérance gastro-intestinale devient manifeste.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude minutieuse des équivalences entre telle quantité de quinine et telle quantité d'arsenic, entre telle dose absorbée et telle dose injectée ; nous voudrons retenir que si l'efficacité des sels de Kina par la méthode endermique est incontestable, si l'acide phénique lui-même, employé d'une semblable façon par les médecins américains et plus récemment par M. Dieulafoy, a produit de bons effets, il reste difficile, à l'heure actuelle, d'établir la part qui revient à l'arsenic seul administré par la voie hypodermique. On a des présomptions pour croire à l'analogie des effets consécutifs à l'absorption, soit stomacale, soit souscutanée ; mais, en définitive, on ne sait rien de précis, à cause de son association avec la quinine. Et l'on pourrait peut-être fonder *a priori* un pareil espoir sur le bromure de potassium qui, après avoir fourni entre les mains de M. Vallin de merveilleux résultats, n'a pas, que nous sachions, été encore utilisé par la méthode endermique.

Ch. Amat.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales. — *Suite et complément de tous les Dictionnaires*, par M. P. Garnier, 20e année, 1885. Un vol. in-12 de XVI-532 pages, chez Félix Alcan : 7 fr.

Chaque année, nous présentons aux lecteurs de la Gazette un nouveau volume de ce Dictionnaire. Aujourd'hui, c'est le 20e volume que nous présentons, non pas avec l'intention de l'analyser, mais pour dire qu'il est un des plus complets que nous ayons lus. Rien n'a été oublié, par M. Garnier, de ce qui a été fait en médecine, en chirurgie, en accouchements, en physiologie, etc., pendant l'année 1884. Aucun remède nouveau, ayant fait ses preuves, n'a été passé sous silence. Si nous voulions indiquer les parties les plus intéressantes, nous signalerions les études suivantes : actinomycose, albuminurie, anesthésie, antiseptiques, cancer, choléra, diphthérite, empyéme, estomac, fièvres, hystérectomie, nécrologie, ostéoclasie, paralysies, phthisie, pneumonie, rage, sciatique, syphilis, tumeurs.

Quand on a le dictionnaire Jaccoud et le dictionnaire Dechambre, tous deux si longs à paraître, on seulement l'un d'eux, il faut, pour se tenir au courant de la science, avoir la collection complète du *Dictionnaire annuel* de M. P. Garnier.

Dr D.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille. — Comme on en jugera par les chiffres suivants empruntés à la statistique municipale de Marseille, l'épidémie de choléra est restée sensiblement stationnaire ; à la date d'hier, on signale une recrudescence assez marquée des décès cholériques :

14 août	52 décès.	20 cholériques.
15 —	51 —	34 —
16 —	69 —	27 —
17 —	52 —	24 —
18 —	58 —	27 —
19 —	75 —	23 —
20 —	102 —	47 —

— Quelques cas de choléra sont signalés à Toulon.

— LE CHOLÉRA EN ESPAGNE. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 19 août, les chiffres des décès par choléra et des cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants :

		Cas.	Décès.
A Madrid		28	17
Dans la province de	Saragosse	510	237
»	de Castellon	43	16
»	de Valence	151	44
»	de Albacète	186	70
»	d'Alicante	67	30
»	de Tolède	171	63
»	de Grenade	617	317
»	de Tarragone	55	14
»	de Murcie	54	71
»	de Teruel	332	80
»	de Navarre	491	109
»	de Jaen	76	49
»	de Cordoue	32	5
»	de Zamora	72	8
»	de Soria	29	17
»	de Ségovie	23	12
»	de Lerida	50	29
»	de Gerone	25	5
»	de Palencia	103	24
»	de Salamanque	10	3
»	de Guadalajara	76	23
»	de Burgos	141	4
»	de Ciudad Real	99	40
»	de Huesca	74	18
»	de Vallalodid	152	55
»	de Badajoz	2	3
»	d'Almeria	64	27
»	de Barcelone	66	15
»	de Logrono	114	33
»	de Malaga	27	7

Manquent les provinces de Carthagène et de Guenca.

— Le préfet de police vient de prendre un nouvel arrêté modifiant l'ordonnance du 25 novembre 1833 relative aux amphithéâtres d'anatomie.

A dater de ce jour, les débris de cadavres, provenant des amphithéâtres d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, seront incinérés dans l'appareil spécial récemment établi au cimetière de l'Est ou inhumés dans tout autre cimetière de Paris.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Ducoin, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris; de M. le docteur Livois, à Boulogne-sur-Mer; de M. le docteur Matteo Ceccarel, médecin de l'hôpital civil de Venise.

⁂

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret, en date du 11 août 1885, le doyen de la Faculté, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 24 septembre 1880, le legs fait par M. Godard (Jean-Baptiste-Camille), et consistant :

1o En un titre de rente 3 p. 100, pour les arrérages être employés à la fondation de prix annuels;

2o En une somme de 100,000 francs pour la fondation d'un jardin botanique.

LÉGION-D'HONNEUR. — Par décret en date du 10 août 1885, M. le docteur Répin, maire de Conlie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

⁂

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Il résulte d'un jugement du Conseil d'Etat, dit le journal LE DROIT, que le temps passé par les élèves du service de santé, soit dans les hôpitaux militaires, soit à l'école du Val-de-Grâce, compte dans les cinq ans de services exigés par la loi de recrutement pour obtenir la solde temporaire de réforme.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 12 août 1885, M. Fontorhe, médecin de première classe, a été promu, après concours, au grade de médecin professeur.

⁂

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (année 1886). — *Prix Aubanel.* — Question proposée : « De la coexistence, chez un malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique) au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. — Valeur : 2,400 fr.

Prix Belhomme. — A décerner au meilleur travail manuscrit sur « l'idiot » et de préférence aux « lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie. » — Valeur : 1,200 fr.

Prix Esquirol. — Valeur : 200 fr., plus les œuvres d'Esquirol. Au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Valeur : 200 fr. Au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou à la meilleure thèse inaugurale publiée en 1885 sur une question do pathologie mentale ou nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés, dans les formes académiques, avant le 31 décembre 1885, à M. Ritti, médecin de la maison de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

111. M. Abadie. Essai sur quelques accidents de la première dentition. — 112. M. Méry. De quelques accidents utérins chez les rhumatisantes. — 113. M. Forgeot. Contribution à l'étude des pleurésies au cours des affections cardiaques. — 114. M. Petitjean. Contribution à l'étude de la balano-posthite gangréneuse, consécutive aux chancres mous sous-préputiaux. — 115. M. Duchatellard. Considérations sur la genèse et l'étiologie de l'hépatite suppurée. — 116. M. Cormach. Du traitement de l'emphysème chronique par l'opération d'Estander. — 117. M. Legendre. Essai sur la pathogénie de la gangrène typhoïde. — 118. M. Milsonneau. Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive (manifestations ganglionnaires; adéno-phlegmon). — 119 M. Larbouret. Dermoïde de l'œil. — 120. M. Devoti. Considérations médicales sur le Rio de la Plata. — 121. M. Secrétan. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. — 122. M. Le Couedic. De la pleurotomie antiseptique. — 123. M. Bajon. De l'accouchement prématuré à l'aide de la sonde-bougie. — 124. M. Tissier. De la castration de la femme en chirurgie (opération d'Hégar ou de Battey). — 125. M. Bégué. Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs. — 126. M. Artault. Etude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 127. M. Collin (Henry). Etudes médicales sur les eaux thermo-sulfureuses sodiques et arsenicales. — 128. M. Delétang. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'herpès phlycténoïde.

— 129. M. Barbé. De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire aigu. — 130. M. Vivier. De la diarrhée tabétique. — 131. M. Coculet. Essai sur l'application de l'antipyrine au traitement de la tuberculose pulmonaire. — 132. M. Rouiller. Essai sur les kystes hématiques du péritoine. — 133. M. Branchu. De la transplantation du sol ciliaire dans le trichiasis et l'entropion. — 134. M. Badre. De la balnéo-posthite gangreneuse. — 135. M. Guilmoto. Des formes normales de la goutte articulaire aiguë.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 9 au samedi 15 aout 1885.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 0. — Rougeole 12. — Scarlatine 2. — Coqueluche 2. — Diphthérie, croup 30. — Choléra 0. — Dysentérie 2. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 35. — Phthisie pulmonaire 154. — Autres tuberculoses 25. — Autres affections générales 43. — Malformation et débilité des âges extrêmes 33. — Bronchite aiguë 13. — Pneumonie 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au hiberon 99. — au sein et mixte 46. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 62. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 44. — de l'appareil digestif 59 — de l'appareil génito-urinaire 12. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 35. — Causes non classées

Total de la semaine : 887 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Lectures sur l'histoire de la médecine, par le docteur L. Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, A Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Aide-mémoire et Formulaire du médecin-praticien, par le docteur L. Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de thérapeutique, etc., 1 vol. petit in-18 de 400 pages. Cartonnage souple avec coins arrondis — Prix : 3 fr. 50. — (Cet ouvrage est le tome Iᵉʳ de la Bibliothèque médicale de poche, dont nous commençons la publication.) — Paris, librairie Oct. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur les paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques), par le docteur Settinger. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants (ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Prix Capuron), par le docteur H. Cazin, médecin-chirurgien de l'hôpital maritime de Berck, membre de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur. Un beau volume grand in-8 de 580 pages avec de nombreuses gravures (appareils, vues, cartes, plans). — Prix : 15 fr. — Paris, librairie Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 35 29 AOUT 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

DE LA GUÉRISON DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE PAR LES INHALATIONS D'AIR PHÉNIQUÉ, par le docteur CONSTANTIN PAUL, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — Communication faite au Congrès de Grenoble (section de médecine).

Depuis le commencement de la médecine, les inhalations ont été employées pour le traitement des maladies des voies aériennes. Hippocrate y avait eu recours, dit-on, puis Arétée, puis Rhazès au neuvième et Bumett au seizième siècle. Je ne veux pas tracer ici la bibliographie complète de cette méthode thérapeutique, je veux seulement insister sur ce point particulier, que la thérapeutique n'a conservé de ces nombreuses tentatives demeurées stériles aucune pratique traditionnelle. Malgré celà, on essaie toujours avec la persuasion que la facilité d'accès du médicament jusqu'à la lésion, que la rapidité et l'activité de l'absorption par les voies respiratoires devront donner un jour ou l'autre des résultats thérapeutiques satisfaisants.

Depuis la découverte du gaz à la fin du siècle dernier et depuis l'invention de la pulvérisation de l'eau, cette méthode a repris faveur et nous voyons aujourd'hui la méthode atmidiatrique employer divers moyens :

1o L'air condensé ou raréfié ;

2o Les gaz isolés : oxygène, acide carbonique, azote ;

3o La vapeur d'eau simple ou chargée de principes médicamenteux, dégagée soit par des eaux naturellement thermales et minéralisées, soit par des décoctions ou des infusions ;

4o Des vapeurs provenant de substances volatiles, l'iodoforme, le nitrite d'amyle, etc.

5o Des solutions minérales ou végétales pulvérisées. Le moyen que j'ai employé ne rentre dans aucune de ces catégories ; il consiste à faire respirer de l'air se chargeant au travers d'un liquide d'une faible quantité de ce liquide. C'est un flacon laveur, mais à action inverse, puisque l'air, au lieu de s'y dépouiller de corps étrangers, s'y charge au contraire de substances médicamenteuses.

C'est à ce dernier procédé d'inhalation que je me suis arrêté d'une manière générale et plus particulièrement pour le traitement de la gangrène pulmonaire. Voici comment je procède :

Je prends une carafe ou une bouteille, le plus ordinairement une bouteille à eau minérale du type Saint-Galmier. J'y fais mettre 100 grammes environ d'acide phénique. Cet acide est lourd et tombe au fond de la bouteille, où il se reconnaît par sa couleur. Puis je fais mettre de l'eau distillée, *bouillie* jusqu'aux deux tiers ou aux trois quarts. La bouteille est ensuite bouchée avec un bouchon de caoutchouc percé de deux tubulures.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Les médecins grecs depuis la mort de Galien, jusqu'à la chute de l'empire d'Orient (210-1453), par A. Corlieu. Paris, in-8°, XII-208 p. — II. Histoire de l'hôpital Necker (1778-1885), par Raymond Gervais. Paris, in-8°, 142 p. — III. Lectures sur l'histoire de la médecine, par L. Thomas. Paris, II-202 p.

I. Notre excellent confrère, M. Corlieu, bibliothécaire à la Faculté de Paris, vient de réunir en volume une série d'articles publiés par lui dans un journal de médecine, sous le titre : *Les Médecins grecs depuis la mort de Galien jusqu'à la chute de l'Empire d'Orient.*

La moitié du volume est une exposition très claire de la médecine grecque à la mort du célèbre médecin de Pergame. Je n'ai qu'une seule critique à présenter à M. Corlieu, et ce n'est qu'une critique de préface. Notre confrère divise l'histoire de la médecine grecque en trois périodes : la période grecque, qui commence avec Hippocrate ; la période greco-latine, qui débute à l'arrivée des médecins grecs à Rome ; la période greco-arabe, à partir de la prise d'Alexandrie par Amrou, en 640.

Tout bien considéré, je crois qu'il faut s'en tenir à la classification de Daremberg.

Il y avait certainement une médecine grecque avant Hippocrate et c'est Homère qui est son premier historien. Je parle, bien entendu, des livres homériques et non du personnage légendaire qui les a écrits. Mais du temps d'Homère, les Grecs ont une médecine régulière, les médecins sont des laïques; Esculape n'a point commencé par être un dieu, et il a dû gagner ses chevrons divins sur les champs de bataille. Il suffit de se reporter à l'hymne *In Æsculapium*, aux *Orphica*; Hésiode, qui ne le cite pas comme dieu dans sa Théogonie, le considère comme un homme, malgré son origine qu'il croit en partie divine, en partie seulement! *L'Iliade* et l'*Odyssée*, fort bien étudiées par Daremberg, qui avait l'aptitude des comparaisons, résument, dit-il avec raison, non seulement les connaissances médicales des temps antérieurs et celles de l'époque,

L'une d'elles livre passage à un tube droit recourbé en haut à la manière des tubes de Pasteur. Ce tube plonge dans le liquide à une profondeur déterminée par un trait bleu dont nous verrons tout à l'heure l'importance.

L'autre orifice livre passage à un tube plus court, qui ne pénètre dans la bouteille que de quelques centimètres et est coudé au-dessus du bouchon. Au tube de verre est adapté un tube de caoutchouc rouge d'une longueur de soixante centimètres environ et terminé par un petit embout en verre. Cet embout est recouvert, comme les compte-gouttes, d'un petit tube de caoutchouc fermé, destiné à le tenir propre et à l'abri des chocs.

L'appareil ainsi établi, l'eau se sature d'acide phénique, d'autant plus qu'à chaque aspiration les deux liquides sont agités. A chaque aspiration, en effet, le malade fait passer l'air du tube qui plonge à travers la solution, et cet air est entraîné dans les voies respiratoires. On peut compter qu'à chaque aspiration il passe environ deux litres d'air à travers le liquide.

Pour que le malade ne soit pas fatigué par la colonne d'eau qu'il doit soulever à chaque aspiration, il a fallu calculer quelle hauteur maximum on pouvait lui donner. J'ai établi, par une série d'expériences, que, tant que cette colonne d'eau ne dépasse pas huit centimètres, le malade aspire à travers l'appareil sans aucune fatigue. C'est ce qui a déterminé le point d'affleurement marqué en bleu sur le tube. Il a été placé à huit centimètres de son bout inférieur et il indique que le tube peut plonger jusque-là sans que le malade éprouve de fatigus.

L'appareil se place alors sur la table de nuit et le malade peut, tout en restant couché, faire ses inhalations. Voici comment il procède : il fait des inhalations intermittentes; il commence par une forte inspiration à travers l'appareil, puis, après l'expiration, il fait deux inspirations à l'air libre. Il fait donc ainsi, à chaque minute, 5 inhalations, soit 50 en 10 minutes et à raison de 2 litres d'air chacune, il aspire ainsi, en une séance, 100 litres d'air chargé de principes médicamenteux.

L'air qui passe ainsi à travers l'eau saturée d'acide phénique a une odeur et une saveur reconnaissables, plus particulièrement à l'expiration, surtout si l'on fait passer l'air expiré par les fosses nasales d'arrière en avant. Il entre ainsi, chaque jour, dans les voies respiratoires, une bien faible quantité d'acide phénique, mais elle est suffisante.

Sous son influence, on voit que les matières expectorées changent bientôt de caractère : elles perdent, au bout de huit jours, leur odeur spéciale; l'expectoration devient moins abondante, plus facile; les crachats se décolorent, ils deviennent moins fluides, ils prennent plus de consistance et deviennent muqueux en même temps que leur quantité diminue.

Ainsi donc, diminution de l'odeur, de la quantité, de la fluidité, et retour à l'état normal.

En outre on voit cesser bientôt la fièvre rémittente septique. Le malaise se dissipe, l'appétit renaît; la température, le pouls et la transpiration diminuent, et le malade n'éprouve plus, à chaque digestion, cette fièvre rémittente dont les stades, frissons, chaleur et sueur, tombent rapidement.

Une fois que les matériaux d'excrétion ne sont plus septiques et que la fièvre est tombée, l'appétit revient, les malades mangent et se reposent, pendant que les lésions locales se cicatrisent.

Mais, en thérapeutique, pour qu'une médication réussisse, il faut préciser exactement les cas qui ont été guéris pour que le lecteur se mette dans les mêmes conditions et obtienne les mêmes succès.

Or, la gangrène du poumon a des causes multiples, et la cause détermine par ce fait l'évolution particulière de la maladie.

Les cas de gangrène pulmonaire auxquels j'ai opposé l'aspiration d'air phéniqué sont tous les mêmes. Il s'agit de pneumonies gangréneuses produites par des infarctus, et ces infarctus étaient eux-mêmes produits par des hémoptysies. Voici mes observations :

Obs. I. — La première fois que j'ai essayé ce traitement, c'était à l'hôpital Saint-Antoine, en 1876. Il s'agissait d'un nommé Habat, sujet belge, né à Tirlemont (Belgique) et placé en France comme valet de chambre.

Ce malade, entré à la salle Saint-Louis, no 34, le 20 juin, était souffrant depuis un an au moment où il est entré dans le service. Il rendait chaque matin une vomique dont l'odeur de gangrène infectait la salle. Le traitement par les aspirations d'air phéniqué fit disparaître l'odeur infecte de l'haleine et des crachats. Le malade était en train de se remettre, lorsqu'au mois de novembre il fut pris d'une nouvelle hémoptysie, à la suite de laquelle s'est dé-

---

mais ils renferment en germe, une partie des connaissances des temps postérieurs; la nomenclature anatomique est la même que dans Hippocrate; la détermination des régions dangereuses, en chirurgie, le pronostic des blessures, et certains procédés de pansements sont les mêmes. Enfin, longtemps avant Hippocrate, il y avait des écoles laïques, à Cos, à Cnide, à Crotone, et même des médecins pensionnés dans toutes les grandes villes.

Je ne crois pas non plus que la venue à Rome de médecins grecs puisse caractériser une période médicale, tandis que l'on peut vraiment, à la rigueur, prendre date de l'établissement de la médecine à Alexandrie. Dès leur arrivée, pour ainsi dire, les médecins se divisent en deux grands camps. Dans l'un, les dogmatiques, dans l'autre, les empiriques; les spécialistes surgissent de tous côtés; c'est beaucoup plus tard que les médecins font parler d'eux à Rome : l'éclat de l'Ecole d'Alexandrie est alors éclipsé.

La seconde partie du volume n'est pas la moins intéressante. M. Corlieu nous entretient d'Alexandrie (d'Aphrodisie), de Philagrios, d'Antyllos, d'Oribase, de Némésios, de Palladios, d'Aétius, d'Agathias, d'Alexandre de Tralles, de Stéphanus, de Paul d'Egine, de Théophanes, etc. Quelques-uns de ces noms, encore peu étudiés, et dont les œuvres n'ont pas encore été traduites en français, méritent assurément de ne pas demeurer dans l'oubli. M. Corlieu aura contribué à ce résultat; il a suffisamment étudié les manuscrits et les commentateurs, pour être tenté de poursuivre son œuvre, l'on devine que son travail l'a vivement intéressé, et il est bien capable de lui donner une suite, dont personne ne se plaindra, surtout si l'auteur ajoute une table des matières.

II. L'hôpital Necker a dû être ouvert en 1778. Ce n'est donc pas l'un des plus anciens établissements hospitaliers de la capitale. Néanmoins, il a déjà son histoire qui vient de servir de sujet de thèse à M. Gervais, sur l'avis du professeur Laboulbène. Il est dû à l'initiative de Mme Necker, qui obtint des fonds prélevés sur la loterie. La maison où il fut établi appartenait à des sœurs bénédictines de Réthel, réfugiées à Paris, qu'elles quittèrent bientôt, et le tout fut loué pour 4,200 livres par an, meubles compris. Mme Necker s'était engagée à ne placer qu'un seul malade par lit, ce qui était une hardiesse en ce temps là. « Le jeune médecin « nommé Galatin (?), employé la première année, dit le rapport

clarée une nouvelle pneumonie gangréneuse guérie également par l'aspiration d'air phéniqué.

Le malade, une fois remis, prit du service comme infirmier dans la salle, puis obtint son placement à Bicêtre le 17 avril 1877, où il est plus tard devenu phtisique.

Obs. II. — En 1877, le 5 juin, est entré dans mon service à l'hôpital St-Antoine, salle Saint-Eloi, n° 31, un nommé Sauvage, âgé de 45 ans. Ce malade, dont la santé était dérangée depuis trois mois et demi avant son entrée à l'hôpital, se plaignait d'un point de côté. Ses crachats étaient fétides et infectaient la salle.

Ils étaient purulents et avaient une forte odeur de macération anatomique. Sous l'influence des aspirations d'air phéniqué, les crachats ont perdu leur odeur et ont diminué de quantité, malgré le retour de l'hémoptysie.

L'examen de la poitrine révèle que le foyer se trouve à la partie inférieure du poumon gauche où il y a de la matité.

Peu à peu, l'expectoration s'est réduite et le malade a guéri. Il est sorti le 30 août 1877.

Obs. III. — Le sieur Morel, emballeur, âgé de 50 ans, est depuis longtemps adonné à l'alcoolisme; il a eu des hémoptysies à plusieurs reprises, qui ont cédé facilement. Le 28 août 1878, il est pris d'une hémoptysie abondante qui paraît provenir du sommet du poumon gauche.

Il se produit un infarctus considérable du sommet, et douze jours après se déclare une pneumonie gangréneuse avec fièvre septique, sueurs froides, pouls fréquent et misérable en même temps que les crachats deviennent roussâtres, diffluents, avec une odeur fétide. Je mets le malade aux aspirations d'air phéniqué; peu à peu les crachats perdent de leur odeur; ils diminuent de quantité et la cavité se cicatrise. Vers le 8 d'octobre, tout était terminé. J'ai su plus tard qu'il avait recommencé à boire, que de nouvelles hémoptysies étaient survenues et qu'il a fini par mourir phtisique.

Obs. IV. — En 1878 est entré dans mon service de l'hôpital Lariboisière une vieille femme qui, à la suite d'une grande hémoptysie, avait eu une pneumonie gangréneuse du sommet avec crachats fétides, puis des vomiques journalières. Elle a été soumise de même au traitement par l'aspiration d'air phéniqué et a guéri.

Obs. V. — Il en est de même d'un autre malade nommé Roport, âgé de 48 ans, entré dans mon service le 4 octobre 1877, salle Saint-Eloi, no 32. Ce malade se plaignait de souffrir d'un point de côté depuis trois semaines. L'examen de la poitrine révéla des lésions du premier degré au sommet du poumon droit. Pendant son séjour à l'hôpital, il fut pris d'hémoptysies, puis de pneumonie gangréneuse, avec fétidité extrême des crachats. L'élimination des produits donna lieu à la formation d'une cavité où séjournaient les crachats. Le traitement par l'aspiration d'air phéniqué empêcha la fermentation putride des crachats, et, à la fin de janvier, le malade sortait guéri le 23 mai 1878.

Obs. VI. — Le nommé Derudère, âgé de 34 ans, comptable, est entré dans mon service à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, no 20, le 20 août 1884, alors que j'étais en vacances.

Le malade, chez lequel on ne trouve pas d'antécédents qui indiquent une tuberculose soit héréditaire, soit acquise, a été pris, trois jours avant son entrée à l'hôpital, d'un frisson intense. Depuis ce temps, il a un point de côté; il tousse, et, la veille de son entrée, il a craché le sang.

L'examen du malade permet de constater au sommet du poumon droit un foyer de pneumonie bien net et bien limité.

Le souffle tubaire, entouré de râles crépitants, s'entend jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. L'expectoration est colorée en jaune et adhère au fond du crachoir. Du côté gauche, on constate une légère congestion pulmonaire.

Pendant les jours qui suivent, l'évolution de la pneumonie se fait régulièrement.

Au dixième jour, la maladie est stationnaire, la température reste élevée et l'expectoration est verdâtre, mélangée de sang.

Le soir du douzième jour, le malade est pris d'une violente hémoptysie; il remplit deux crachoirs de sang pur et rutilant.

A la suite de cet accident, le malade est atteint d'orthopnée; il reste assis dans son lit avec une respiration courte et précipitée le jour et la nuit.

Puis, peu à peu, se forme une pneumonie gangréneuse avec vaste cavité, et le malade remplit chaque jour trois à quatre crachoirs d'une expectoration couleur chocolat et exhalant une odeur fétide et gangréneuse.

A ce moment, l'auscultation faisait entendre, au sommet du poumon droit et dans toute la moitié supérieure du poumon gauche, un souffle sonore, intense, vibrant, avec des gazouillements. La dyspnée reste intense, la température élevée, avec de grandes oscillations.

Peu à peu, l'odeur devient putride, insupportable, gêne les malades du voisinage, l'expectoration conservant sa couleur chocolat.

La dyspnée est toujours très pénible, la soif excessive; le malade est pris de fièvre septique avec soif excessive et sueurs abondantes.

On continue les toniques, et, malgré l'influence de ce traite-

---

« de 1779, n'a pas voulu de rétribution. » La maison était administrée avec une grande économie, et la dépense s'élevait à 17 sols par malade et par jour. Ce petit hôpital s'appelait : *Hospice de la Charité*. Le règlement que M. Gervais a eu la bonne chance de retrouver ne manque pas d'intérêt. Il est dit, entre autres choses, que le médecin fait sa visite, le livre des prescriptions de la veille à la main, et que le chirurgien tient celui où il écrit celles du jour, que l'apothicaire assiste et écoute. Il y a une nourriture bien déterminée : « des pommes cuites et des confitures pour les estomacs « délicats, et de la tisane à discrétion » (*sic*). — Plus tard, le nom de l'hôpital de la Charité étant revendiqué par les frères Saint-Jean de Dieu, la maison fondée par Mme Necker prit celui d'hospice Saint-Sulpice.

A la Révolution, la fondatrice dût quitter Paris pour se retirer en Suisse et, comme tous les établissements de ce genre, l'établissement de la rue de Sèvres subit diverses vicissitudes, mais tout se régularisa peu à peu; l'hôpital a été complètement rebâti, et il est aujourd'hui l'un des plus salubres de Paris. M. Gervais a donné, à la fin de son ouvrage, une série de pièces imprimées, qu'il a su découvrir aux archives nationales; quelques-unes offrent un grand intérêt. Je souhaite à notre confrère le plus d'imitateurs possibles.

III. De même que son collègue M. Corlieu, que nous avons cité au commencement de ce feuilleton, M. Thomas a réuni en un volume une suite d'articles publiés par lui dans un journal de médecine. Ce sont, comme l'auteur l'indique, des extraits de livres peu connus, le résultat de lectures faites au hasard par un curieux de la médecine, la reproduction de passages intéressant l'histoire de notre art.

C'est ainsi qu'un livre de piété dû à un certain abbé, don Gazetano de Cabrera y Quintero, qui vivait sans doute au Mexique vers 1745, fournit à M. Thomas quelques renseignements intéressants sur le *cocolisti* ou *matlazahualt* des Indiens, sorte de fièvre épidémique qui sévit avec vigueur en 1736 aux environs de Mexico, affection qui pourrait bien être la fièvre jaune. La deuxième lecture, sur *la chirurgie militaire au* XV*e* *et au* XVI*e* *siècles*, deviendrait facilement, à mon avis, le canevas d'une bonne monographie; le sujet est tentant. Il n'existait point encore, sans doute, du temps de Charles VII et de Louis XI, de corps de santé militaire orga-

ment, la dyspnée est continue. Le malade dit que tous les matins il est pris d'une vomique et rend des crachats verdâtres, aérés, diffluents, ayant l'odeur aigre de la fermentation.

M. Brissaud prescrit des inhalations d'oxygène qui diminuent la dyspnée, mais laissent persister l'odeur fétide.

Lors de mon retour, au mois d'octobre, je prescris les aspirations d'air phéniqué. On essaye pendant quelque temps de les remplacer par des aspirations d'air chargé d'acide thymique, mais la désinfection est moins complète et l'on reprend définitivement les aspirations d'air phéniqué.

Peu à peu, l'expectoration perd de son odeur; les vomiques se réduisent à une expectoration qui ne remplit plus le crachoir; la fièvre septique tombe, l'appétit revient et les lésions pulmonaires se réparent.

Les râles disparaissent avec la sécrétion. Le poumon reste un certain temps induré, donnant une respiration soufflante dans son tiers supérieur. Puis, peu à peu, l'exsudat diminue; le malade ne présente plus que quelques râles secs et un peu de respiration soufflante.

Il a repris des forces et de l'embonpoint, boit et mange bien, et sort guéri le 17 décembre 1884.

Obs. VII. — Gangrène pulmonaire guérie par les aspirations d'air phéniqué.

Mme Gabin, âgée de 26 ans, n'a pas eu de maladie grave dans l'enfance, sauf une petite vérole légère et une scarlatine qui n'a pas laissé de traces. Elle a été réglée à treize ans, pendant la première année à peine, puis les règles sont venues régulières, avec une fréquence peut-être exagérée.

De quatorze à vingt-quatre ans, elle n'a pas été malade, mais elle était frêle, avec des fonctions digestives souvent difficiles et de temps en temps des indigestions.

Mariée à vingt-quatre ans, elle a commencé presque immédiatement à souffrir des organes génitaux. Elle a dû porter une ceinture.

Le 10 janvier 1885, elle a été prise d'une affection douloureuse de l'utérus, pour laquelle le docteur Leblond a dû ordonner des injections vaginales.

Vers le 10 ou 15 février, la malade a été prise de bronchite, avec odeur fétide de l'haleine quand elle s'étendait sur le dos. A cette époque, elle a été prise d'une hémoptysie ayant fourni un demi-verre de sang; huit jours après est survenue une hémoptysie plus considérable (un verre entier de sang). Puis la fièvre s'est allumée peu de temps après, avec développement, disait-on, d'une pleurésie droite.

J'ai vu la malade pour la première fois le 13 avril. Elle avait absolument l'air d'une phtisique au troisième degré. Fièvre intense avec exacerbation du soir et sueurs nocturnes, grand affaiblissement. Douleur dans le côté droit, toux, expectoration mucopurulente très liquide.

L'auscultation montra que le poumon gauche était sain, mais, qu'à droite, il y avait, au sommet du poumon, une vaste caverne avec souffle et gargouillement.

Il y avait plusieurs circonstances à noter: le début par une hémoptysie et par conséquent par un infarctus, puis des phénomènes d'une pneumonie gangréneuse caractérisée par une odeur fétide de putréfaction dans les crachats, dans l'air expiré et dans l'air de la chambre qui était très petite et insuffisante. Elle jaugeait à peine quinze mètres cubes.

Je pensai qu'il ne s'agissait pas d'une phtisie tuberculeuse, mais des suites d'une pneumonie gangréneuse avec stagnation et fermentation putride des crachats dans le foyer et fièvre septique.

Je fis installer immédiatement un aspirateur, et le soir même la malade commençait ses aspirations d'air phéniqué, en même temps que je faisais renouveler l'air de la chambre et que je le désinfectais en le saturant de vapeurs d'acide phénique.

Deux jours après, je revoyais la malade avec le docteur Leblond, à qui je fis partager mon opinion sur le diagnostic, mais qui ne fut pas convaincu par l'assurance que je lui donnai de l'efficacité prochaine du traitement.

En effet, huit jours après, le 23 avril, les crachats avaient perdu une grande partie de leur fétidité. L'air de la chambre n'était plus infecté, l'air expiré par la malade n'avait plus d'odeur.

La fièvre d'infection septique diminua rapidement. L'anorexie profonde, qui en est l'un des symptômes, disparut; la malade se mit à manger, et alors commença le travail de réparation locale.

Le 30 avril, la maladie infectieuse était évidemment arrêtée. Plus d'anorexie, plus de frissons, plus de fièvre, plus de transpirations abondantes. L'alimentation se fait bien, la malade commence à reprendre.

Dès le 5 juin, les lésions locales étaient tellement réparées qu'on ne trouvait plus de signes de caverne.

Je revis la malade le 9 juillet. On ne trouvait plus de traces reconnaissables à l'auscultation. L'état général était excellent, sauf un peu de fièvre de digestion après le repas, ce qui tenait à l'état de faiblesse pendant la convalescence.

La malade, qui se lève et sort, part pour la campagne en très bon état.

Voilà donc, en somme, sept cas de gangrène pulmonaire traités par la méthode antiseptique et tous guéris. Si l'on se rappelle que la plupart des auteurs constatent que la gangrène du poumon est presque constamment mortelle, on voit

---

nisé; mais, de même que Ambroise Paré suivait en 1737 l'armée en Provence comme médecin du colonel général de l'infanterie, de même les rois et les principaux chefs de corps n'ont jamais manqué de se faire accompagner à la guerre par leurs médecins ou chirurgiens, et ceux-ci soignaient les blessés sur les champs de bataille. D'accord avec M. Thomas, nous reconnaissons d'ailleurs que les camps étaient parfois encombrés de soi-disant médicastres, peu instruits, dont se plaignaient les chefs de corps.

La troisième lecture est le résumé des connaissances des médecins au temps de Macrobe, ou plutôt des philosophes médecins que l'historien fait converser après boire; M. Thomas n'est point enthousiasmé, et cela se conçoit, mais rappelons-nous, à titre de consolation, que les praticiens dignes de ce nom n'étaient point des ignorants. L'on causait tout à l'heure devant nous de la gastrotomie comme d'une hardiesse de notre époque; soit, ai-je répondu au coofrère éminent qui discourait avec feu sur la question, mais il me semble cependant que Praxagoras de Cos avait déjà fait cette opération, il y a deux mille cent quatre-vingts ans, ce qui prouve.... que les anciens valent bien la peine qu'on les étudie. Je préfère la quatrième lecture. Il s'agit du bénédictin Richer, médecin par occasion, prêtre par état, soldat au besoin, historien malgré lui. Richer, grâce à notre confrère, pourra figurer avec honneur dans une édition des oubliés et des inconnus de la médecine.

Viennent ensuite les papiers du docteur Ribeiro Sanchez qui fournissent l'occasion à M. Thomas de rompre une lance contre l'origine américaine de la syphilis. Mais, est-ce qu'il existe encore de médecins qui croient à cette origine américaine? Je parle des médecins quelque peu érudits. — La lecture qui suit est consacrée à Grégoire de Tours, qui a déjà beaucoup fourni à l'histoire de la médecine et qui lui fournira encore, et ce volume est terminé par l'analyse avec commentaires d'un livre de Hieronymus Jordanus, médecin de Gœttingue, qui a écrit en 1050 un livre sur le surnaturel. En somme, il faut engager M. Thomas à lire encore, à lire toujours, et à nous faire connaître le résultat de ses lectures, et, s'il veut ajouter à son ouvrage un index des noms et choses cités, tout sera pour le mieux.

Dr A. Dureau.

que la thérapeutique a fait là une acquisition qui n'est pas à dédaigner.

Il est certain qu'aucun des médicamente donnés à l'intérieur, même parmi les substances aromatiques qui s'éliminent par la voie pulmonaire et bronchique, n'a une action suffisante pour faire cesser la fermentation putride dans ces cavités; il est probable que, par le fait des oblitérations vasculaires qui ont amené et précédé la gangrène, les substances volatiles éliminées par les voies aériennes le sont par les parties saines et nullement par les parties malades, si bien qu'en réalité l'agent thérapeutique ne rencontre pas sur son passage la partie de l'organe altérée par le processus morbide.

Je dois cependant faire une exception en faveur de l'alcoolature d'eucalyptus. M. Bucquoy, dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 9 juillet 1875, sur la gangrène pulmonaire et en particulier la gangrène pleuro-pulmonaire, dit qu'il compte cinq cas de guérison de gangrène pulmonaire par l'usage interne de l'alcoolature d'eucalyptus, donnée à la dose de 2 grammes par jour.

Mais, à côté de ses succès, M. Bucquoy ne nous dit pas le nombre de ses insuccès, et les observations de gangrène pleuro-pulmonaire où il a donné cette préparation ont été d'ailleurs suivies de mort.

Il faut donc, à mon avis, ajouter aux toniques de toutes sortes, et aux aromatiques administrés à l'intérieur en y comprenant l'alcoolature d'eucalyptus, une médication directe et topique.

Cette médication topique directe n'est pas de mon invention. Ainsi que je le disais en commençant, l'idée en revient à Hippocrate. Quant à ses applications particulières à la gangrène pulmonaire, elle a été tentée bien des fois dans ce siècle. En 1825, Récamier faisait évaporer du chlore autour des malades, pour qu'il en pénétrât par la respiration; Chomel faisait faire des aspirations de vapeur de plantes balsamiques; Skoda employait les inhalations de vapeur d'eau térébenthinée; Trousseau faisait respirer de l'eau pulvérisée contenant de l'essence de térébenthine. Mais, il faut bien l'avouer, tous ces désinfectants étaient insuffisants. Nous avons vu que l'acide thymique lui-même avait peu d'action; il a fallu arriver à l'air phéniqué pour avoir raison de la putréfaction de ces matières.

Mais, ce n'est pas tout que d'avoir montré ces résultats; pour qu'ils puissent se reproduire constamment, il faut bien déterminer les conditions dans lesquelles la méthode a réussi.

Notons que toutes les observations dont il a été question ici sont semblables entre elles. La gangrène pulmonaire était centrale et ne s'est pas compliquée de pleurésie.

Elle était limitée et non diffuse, et n'occupait pas en général un lobe du poumon dans son entier. Elle a toujours été consécutive à une hémorrhagie abondante. Or nous savons, depuis Laënnec, que toute hémoptysie abondante s'accompagne d'un infarctus. Que, dans ces cas, l'hémorrhagie ait été primitive ou consécutive à un noyau de pneumonie, c'est toujours l'hémorrhagie qui a amené la gangrène. Notons qu'au moment de l'observation aucun malade n'était tuberculeux, ou du moins ne l'était d'une manière reconnaissable. L'un d'eux, et peut-être d'autres, le sont devenus depuis, mais il n'y avait pas alors de lésion tuberculeuse importante, si toutefois il y en avait.

Notons que la gangrène pulmonaire n'avait pour origine aucune des maladies infectieuses qui la produisent quelquefois, comme la fièvre typhoïde, la rougeole ou l'anthrax; que la gangrène n'était consécutive ni à une plaie ni à un corps étranger amenant la rupture de l'œsophage, comme cela a lieu pour les aliénés. Ici la lésion était le résultat de l'oblitération des artères pulmonaires ou bronchiques.

Je tiens à préciser tous ces détails, parce que c'est une loi fondamentale pour la thérapeutique comme pour toutes les sciences, que pour obtenir les mêmes effets, il faut se mettre dans les mêmes conditions.

Reste une dernière question à soulever. Comment l'acide phénique agit-il pour arrêter cette putréfaction, suite de la mortification des tissus?

Disons d'abord que la médication est bien supportée. L'eau, dans laquelle passe l'air est saturée d'acide phénique; mais on sait que l'acide phénique est peu soluble, l'eau n'en dissout pas plus de 4 pour cent à la température de 15°.

L'air inspiré n'entraîne du reste qu'une faible partie à la fois; aussi n'éprouve-t-on, soit dans la bouche, soit dans la gorge, soit dans les voies aériennes, aucune sensation irritante, et cette inhalation n'amène pas la toux. Y en a-t-il d'absorbé? Certainement, car l'urine en contient des traces.

Tout ce que je puis dire, c'est ce que je n'ai jamais vu survenir de phénomènes d'intoxication. On voit, au contraire, cesser les phénomènes de l'infection putride de la manière suivante :

L'haleine perd sa fétidité, les crachats la perdent ensuite. A partir de ce moment, les sueurs diminuent, la température du soir baisse en même temps que le pouls. L'anorexie cesse et le malade n'a plus de répugnance pour les aliments. Moins il s'empoisonne par ses produits d'excrétion, plus il se nourrit.

Mais suivant quel procédé agit l'acide phénique? Notons que, dans ce cas, ce n'est pas sur la gangrène qu'on agit. Une fois les tissus mortifiés, personne n'a la prétention de les rappeler à la vie. Ce qu'on cherche à combattre, c'est la putréfaction des produits mortifiés et l'empoisonnement septique qui en résulte.

Est-ce que l'acide phénique empêche la putréfaction en tuant les micro-organismes signalés par Rosenbach dans la gangrène (1)?

On sait qu'on trouve dans les foyers de gangrène diverses espèces de bactéries, les unes rondes, les autres en forme de bâtonnets. Ces micro-organismes pénètrent dans la profondeur des tissus gangréneux. On sait encore que les micro-coques y forment de grandes zooglœas, dont les cellules sont vivaces et se colorent bien. Est-ce qu'on les tue?

Cela est possible, car on sait qu'il a suffi à Sternberg (2) d'évaporer quelques gouttes d'acide phénique dans une caisse de dix décimètres cubes, pour immobiliser les bactéries existant dans une infusion de viande.

Les expériences de MM. Gosselin et Bergeron (3) indiquaient d'abord qu'il fallait une proportion de 11 % pour empêcher la putréfaction du sang à l'air libre, mais ces auteurs ont montré plus tard, qu'on arrivait à ce résultat avec une dose beaucoup moindre en continuant l'arrivée successive de l'acide phénique, ce qui est le cas présent.

(1) *Les bactéries et leur rôle*, par Cornil et Robin. Paris, Alcan, 1885, p. 111.
(2) Vallin. *Traité des désinfectants*, Paris, G. Masson, 1882, p. 161.
(3) Gosselin et Bergeron, Acad. des sciences, 22 sept. 1879.

M. Jalon de la Croix dit qu'une solution à 4 % suffit pour que les germes soient tués et ne puissent plus revivre quand on les transporte ensuite dans un milieu de culture convenable.

Les expériences de M. le docteur Cheyne, ancien interne de Lister, montrent que l'acide phénique agit mieux sur les bactéries que sur les spores ou germes des bactéries (4).

Doit-on penser avec John Dongall (5) que l'acide phénique n'agit pas sur les bactéries, mais exerce sur la matière organique une modification qui l'empêche de subir l'action décomposante de la bactérie ? L'on ne saurait encore se prononcer sur ces détails.

Quoi qu'il en soit, l'air phéniqué, aspiré comme je l'ai indiqué, arrête promptement les fermentations putrides de la gangrène pulmonaire, et ce moyen simple permet d'obtenir la guérison d'une maladie qui était regardée, il y a peu de temps encore, comme constamment mortelle.

Je n'apporte donc aucune découverte nouvelle, mais simplement une application de la méthode antiseptique, fille naturelle des découvertes de notre éminent maître à tous, M. Pasteur ; mais cette application nouvelle, si modeste qu'elle soit, m'a paru suffisante pour intéresser ceux qui cherchent à utiliser les progrès de la thérapeutique.

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES CONTUSIONS GRAVES DU PÉRINÉE, A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS DE RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE, CONSÉCUTIVES A DES CHUTES SUR LA RÉGION PÉRINÉALE, par MAURICE NOTTA, interne des hôpitaux, membre de la Société clinique.

Suite. — Voir le numéro précédent.

OBS. III. — CHUTE SUR LE PÉRINÉE. — PLAIE PÉRINÉALE. — RUPTURE COMPLÈTE DE L'URÈTRE. — HÉMORRHAGIES ABONDANTES. — URÉTROTOMIE EXTERNE RETARDÉE. — GUÉRISON. (Communiquée par M. NOTTA, de Lisieux.)

Follebarbe, journalier, âgé de 57 ans, était monté sur une voiture le 18 août 1880 pour charger des gerbes de blé, quand, faisant un faux mouvement, il tomba à califourchon sur les broches d'une des ridelles de la voiture. Une de ces broches pénétra dans le périnée, en refoulant au devant d'elle son pantalon de grosse toile sans le perforer, à la manière d'un doigt de gant. Il ne perdit pas connaissance, mais il fut pris d'une hémorrhagie abondante.

La plaie périnéale laissa écouler plus de deux litres de sang, et, depuis ce moment, le malade urine par la plaie du périnée. Pas une goutte d'urine n'est sortie par l'urètre. M. le docteur Decornière, qui a vu le malade au moment de l'accident, a cherché sans résultat à introduire une sonde dans la vessie. Il n'a pas pu franchir le périnée, et il fait entrer le malade dans mon service, à l'hôpital de Lisieux.

État actuel. — 21 août. — Les bourses présentent une teinte noire, ecchymotique, mais ne sont pas tuméfiées. En les relevant, on trouve le périnée dur, saillant, et présentant à son centre, au niveau de la peau, un petit trou linéaire d'un centimètre environ. C'est par là que s'écoulent toutes les urines, chaque fois que le blessé éprouve le besoin d'uriner. Le pourtour de l'anus et les fosses ischio-rectales sont souples, et ne sont le siége d'aucune infiltration.

Je fais au niveau de l'orifice fistuleux une incision médiane longue d'environ quatre centimètres. Le doigt introduit dans la plaie pénètre dans une cavité pleine de caillots à une profondeur de huit centimètres. Une sonde introduite par le méat dans le canal de l'urètre rencontre le doigt à travers des tissus indurés, qu'il est impossible de traverser. Même en exerçant une certaine pression, il est impossible de dégager le bec de la sonde. Il semble que l'urètre, qui a été rompu complétement, soit comme tordu sur le bec de la sonde et l'empêche de passer. Cataplasmes phéniqués.

22. — Apyrexie. Le malade va bien.

24. — Le malade a eu hier une hémorrhagie qui l'a beaucoup affaibli. Je cherche à retrouver dans la plaie le bout vésical, mais ne peux pas y arriver. La plaie est remplie de caillots et saigne encore, et le malade épuisé se prête mal à mes recherches. Cataplasmes, potion de Todd.

29. Le malade allant mieux, j'en profite pour rechercher le bout postérieur, et je pratique l'opération suivante, après m'être assuré encore une fois que sa recherche directe par la plaie médiane ne me permettait d'arriver à aucun résultat. Je fais une incision courbe, perpendiculaire à la précédente, analogue à l'incision de la taille, et je vais à la recherche du bout vésical que je trouve, et par lequel j'introduis une sonde cannelée dans la vessie. J'introduis alors une sonde dans l'urètre antérieur, et fais saillir le canal de l'urètre, dont l'extrémité est fermée. Je pratique une incision sur l'extrémité de la sonde, et je passe, après avoir enlevé la sonde, un long mandrin de baleine que je fais glisser sur la rainure de la sonde cannelée et pénétrer dans la vessie. Je retire la sonde cannelée, et je me sers du mandrin comme conducteur pour introduire dans la vessie une sonde en caoutchouc vulcanisé percée à son extrémité.

Le malade va bien pendant les jours qui suivent, mais il s'écoule toujours un peu d'urine par la plaie du périnée.

Le 7 septembre, le malade a eu un accès de délire pendant la nuit, et la sonde a été expulsée. Je fais pénétrer, sans conducteur, une sonde béquille que je laisse à demeure.

Etat satisfaisant les jours suivants.

Le 13 septembre, je change la sonde sans difficulté. Il ne s'écoule plus d'urine par la plaie périnéale, qui tend à se cicatriser.

Le 17, le malade va très bien; toutes ses urines s'écoulent par la sonde à demeure, que je change tous les huit jours.

Le 1er octobre, le malade prit froid et eut un épanchement pleurétique, qui nécessita l'application de plusieurs vésicatoires, mais n'eut pas d'influence manifeste sur la marche de son affection urinaire. Je ne la cite que pour la fidélité scrupuleuse de l'observation.

Le 15 octobre, je retire la sonde à demeure, et je passe tous les jours des sondes béniquées jusqu'au 56. Il y a encore une fistule périnéale, et, à chaque miction, une partie de l'urine s'écoule par la fistule et l'autre par l'urètre.

Le 22, la fistule périnéale se ferme.

Le 31, le malade quitte l'hôpital complétement guéri, et doit revenir toutes les semaines pour se faire passer des bougies béniquées.

OBSERVATION IV. — CHUTE SUR LE PÉRINÉE. — PLAIE PÉRINÉALE. — RUPTURE DE L'URÈTRE ET DES CORPS CAVERNEUX. — DISLOCATION DU PUBIS. — HÉMORRHAGIE ABONDANTE. — URÉTHROTOMIE EXTERNE D'EMBLÉE. — GUÉRISON (1). (Recueillie par M. P. Jardet, interne du service.)

Huberty (Charles), âgé de 35 ans, couvreur, entre, le 14 janvier 1883, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broca, n° 26 (service de M. Périer). Cet homme, qui n'a jamais eu d'affection des voies urinaires, a fait la veille, dans l'après-midi, une chute d'une hau-

(4) Watson Cheyne, MEDICAL TIMES AND GAZETTE, 24 mars 1879.

(5) THE LANCET, 30 août 1873.

(1) Nous remercions M. le docteur Périer d'avoir autorisé notre excellent ami P. Jardet, à nous communiquer cette belle observation.

teur de trois mètres, sur le périnée. Il est tombé sur la tige métallique saillante d'une bascule, qui pénétra en avant de l'anus. Le blessé ne perdit pas cependant connaissance et se retira lui-même de sa position. Une abondante hémorrhagie, qui persistait encore au moment où il arriva à l'hôpital, se produisit aussitôt.

A son entrée, on constata l'existence d'une plaie longue d'environ 12 centimètres et s'étendant un peu à droite du raphé périnéal. Elle commence en arrière immédiatement au-devant de l'anus, et s'étend en avant sur la partie droite du scrotum. La ligature de quelques vaisseaux, et surtout le tamponnement, eurent, pour le moment, raison de l'hémorrhagie.

Le lendemain 15 janvier, à la visite, on trouva le blessé en assez mauvais état. Sa face est pâle, ses conjonctives et ses lèvres sont décolorées. Quand on le découvre, on est tout d'abord frappé de la couleur noire ecchymotique de tout le scrotum et de la racine des cuisses. La miction ne s'est pas faite depuis 24 heures; aussi le ventre est-il un peu proéminent, dur, tendu, légèrement résistant et douloureux à la pression. La vessie est distendue. Au niveau du périnée, le pansement de la veille est en place et il ne s'est pas produit de nouvelle hémorrhagie.

La sonde d'argent, introduite dans l'urètre, provoque une douleur assez vive et ne parvient pas jusqu'à la vessie. Elle tombe dans une sorte de poche remplie de sang en partie coagulé, et se dévie à droite. En la retirant, on ramène des caillots rouges.

Le cathétérisme étant reconnu impossible, le malade est porté sur le lit d'opération, anesthésié par le chloroforme, et placé comme pour l'opération de la taille. M. Périer, après avoir enlevé les pièces du pansement, voit l'hémorrhagie se reproduire.

Le doigt, introduit dans la plaie, fait reconnaître en avant un vaste décollement sous la peau du scrotum. Plus profondément, on rencontre une poche limitée, en dehors, par la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion, et, en dedans, par des parties molles. Le corps caverneux est complètement séparé de ses insertions du côté droit, comme s'il avait été rasé à ce niveau par un instrument tranchant. A la partie supérieure de cette poche, le doigt rencontre la partie inférieure de la symphise pubienne. Le bord inférieur du pubis est environ *un centimètre plus haut* du côté droit que du côté gauche, et l'on reconnaît très nettement qu'il s'est produit, sur la ligne médiane, une dislocation expliquant cette différence de niveau entre les deux parties de la symphise. Le doigt pénètre d'ailleurs facilement jusqu'au bord supérieur de la symphise en passant en avant, sans être arrêté par le ligament supérieur de la verge.

A la partie postérieure de la plaie, le doigt arrive sur la face antérieure du rectum.

Après avoir constaté ces lésions, M. Périer commença par inciser, dans le prolongement de la plaie, la peau décollée en avant; puis, introduisant une sonde dans la portion antérieure de l'urètre, il la vit ressortir dans la plaie. C'est alors qu'au milieu de ces débris de muscles, de corps caverneux, et avec une hémorrhagie en nappe, il lui fallut aller à la recherche du bout postérieur de l'urètre.

Après avoir fait une hémostase suffisante avec des tampons de ouate phéniquée, placés à la partie profonde de la plaie et derrière la branche de l'ischion, l'opérateur parvint à découvrir le bout postérieur de l'urètre. Il y introduisit une sonde en gomme, qui pénétra jusque dans la vessie, d'où s'écoula une grande quantité d'urine claire, évaluée à vue d'œil à 1,500 grammes environ, et ne renfermant aucune trace de sang ni de pus.

Une fois que la vessie fut vidée, M. Périer fit passer par le méat, dans la portion antérieure de l'urètre, une sonde de caoutchouc molle et flexible; puis il saisit l'extrémité qui faisait saillie dans la plaie, la fit pénétrer dans le bout postérieur du canal, dont les bords avaient été fixés à l'aide de deux pièces hémostatiques. Les lèvres de la plaie urétrale, qui étaient séparées par un intervalle de 2 à 3 centimètres, furent rapprochées; des tampons d'amadou, imbibés de vinaigre étendu dans deux parties d'eau, remplacèrent les tampons d'ouate phéniquée. — L'hémorrhagie s'arrêta. — La plaie fut lavée avec une solution d'acide phénique au centième, et recouverte d'un pansement de gaze phéniquée. L'anesthésie avait été maintenue jusqu'à la fin du pansement, et avait duré quarante minutes.

Le soir, le malade n'est pas mal. La sonde est débouchée toutes les heures pour laisser écouler l'urine. — Temp. 39°2. — Potion de Todd.

Le 16, le pansement n'a pas bougé et est laissé en place. — Temp. 38°8.

Le 17, on change le pansement, en laissant l'amadou qui est au fond de la plaie. — Temp. 38°4.

L'amadou est retiré le lendemain, sans qu'il se produise d'hémorrhagie.

Du 18 au 22, il n'y a pas de changement, mais le malade est toujours très pâle, très altéré, et reste somnolent pendant tout le jour.

Le 22, M. Périer retire la sonde, qui a provoqué une urétrite assez intense, et en passe une autre assez facilement — Temp. 39°.

Le 23, le malade a eu de l'agitation pendant la nuit. Pansement au chloral. — Temp. 40°2.

Le 24, le malade a enlevé la sonde pendant la nuit; il urine par regorgement, et l'urine s'écoule par la plaie. On ne peut pas lui passer une nouvelle sonde. Temp. 38,8.

Le 25, M. Périer parvient à passer une sonde métallique jusque dans la vessie. L'urine est abondante et contient un peu de mucus. Il est impossible de faire pénétrer la sonde en caoutchouc qui se replie au niveau de la plaie.

Le pansement consiste en lavages chloralés et en injections d'eau boriquée dans la vessie.

Le 26, nouveau cathétérisme avec la sonde d'argent. Il est impossible de passer une sonde de caoutchouc.

Le 27, M. Périer parvient à passer une sonde en caoutchouc dans la vessie, après avoir frayé la route avec la sonde d'argent. Mêmes lavages, même pansement.

Depuis l'accident, le malade urine et va à la selle sans en avoir conscience. Les alèzes sont continuellement mouillées et fétides. La plaie est un peu blanchâtre.

Le 28, on lui fait un lavage avec une solution de chlorure de zinc au douzième. Une collection purulente se montre à la partie inférieure de la racine de la verge. Elle est incisée, et l'on constate qu'elle communique avec la plaie périnéale. Le pansement au chloral est remplacé par du coton enduit d'onguent styrax.

Le 29, le malade est encore parvenu à enlever sa sonde pendant la nuit, malgré les précautions prises. Temp. 40°.

Le 30, on lui passe une nouvelle sonde en caoutchouc et on lui attache les mains sur les bords du lit. Des eschares peu profondes commencent à se montrer au sacrum, malgré le soin avec lequel on a changé les alèzes dès qu'elles étaient salies. Temp. 39°,8.

Le 31, le malade est toujours agité. La sonde est maintenue en place.

7 février. — Amélioration notable. Depuis le 1er février, le malade n'est plus agité; les mains sont laissées libres et la sonde n'a pas été enlevée. Le malade a un peu de polyurie et urine environ deux litres par jour. La plaie a un bon aspect et suppure peu depuis l'emploi de la solution au chlorure de zinc. Temp. 37°,4.

8 février. — Pendant le pansement, des débris de tissu sphacelé se détachent. La pression sur le pubis est douloureuse et la douleur est réveillée par les mouvements des jambes.

10 février. — Le malade n'a plus de polyurie. La plaie est belle. La sonde en caoutchouc passe facilement et fait percevoir la sensation d'une sorte de bourrelet à son passage au niveau de la plaie.

14 février. — M. Périer enlève la sonde à demeure. Le malade urine seul. Le lit est toujours mouillé, mais l'urine ne semble pas s'écouler par la plaie. L'état général est excellent.

15 février. — Pour la première fois, la défécation est volontaire. Les eschares se guérissent.

21 février. — Le malade ne mouille plus son lit ; son facies est meilleur. L'appétit est excellent. On continue le pansement au styrax sur la plaie du périnée, de laquelle il s'écoule peu de pus et seulement lorsqu'on déprime la peau au niveau du pubis. La plaie du scrotum est complètement fermée.

27 février. — Le malade essaye de s'asseoir sur son lit.

Le 5 mars, le malade se lève pour la première fois ; il marche assez bien. Sa plaie n'a plus que 2 centimètres d'étendue. Elle est rose et bourgeonnante. Il se passe lui-même tous les deux jours une bougie n° 17.

Le 10 mars, le malade reste levé toute la journée. Sa plaie est presque complètement cicatrisée. Le malade n'a pas eu d'érection depuis l'accident ; il n'a pas eu non plus de désirs génésiques.

Il demande à aller à Vincennes.

Il quitte l'hôpital le 12 mars, et depuis nous ne l'avons pas revu.

(A suivre.)

CLINIQUE MÉDICALE

DE LA SPLÉNALGIE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES. — DE L'IMPORTANCE DE CE SYMPTÔME POUR LE DIAGNOSTIC DES FIÈVRES PALUDÉENNES PERNICIEUSES, DES FIÈVRES LARVÉES ET DE CELLES A TYPE RÉGULIER OU A FORMES ANORMALES, par le docteur PAUL FABRE (de Commentry).

Suite. — Voir les numéros 33 et 34.

En dehors de son utilité directe dans un grand nombre de cas, la constatation de la splénalgie a d'autres avantages d'un ordre très différent. L'exploration de la sensibilité de la région splénique est en effet si simple et si facile, qu'elle nous semble pratique et par conséquent d'un emploi plus journalier pour le clinicien, que tout autre procédé d'exploration de la région splénique, la délimitation de la matité par exemple. Quelle attention ne faut-il pas pour arriver à la constatation plessimétrique des dimensions de la rate ! Et encore, dans les cas de congestion ou d'hypertrophie prématurée, cette mensuration est si peu probante, tandis que, par le plus rapide examen, on peut apprécier si la rate est endolorie. Il suffit d'appuyer sur les fausses côtes la pulpe de trois doigts (index, médius et annulaire) on simplement de ces deux derniers doigts, pour provoquer une sensation douloureuse presque toutes les fois qu'il y a congestion récente de la rate. Pour éviter toute surprise, il est prudent d'appliquer les doigts similaires de l'autre main sur la partie correspondante de l'hypochondre droit. La comparaison est facile. Et cette pression attentivement faite peut, même chez de tres jeunes enfants, permettre de reconnaître s'il y a une région hypochondriaque douloureuse, l'autre ne l'étant pas.

En résumé, les avantages cliniques que nous attribuons à la recherche de la sensibilité splénique sur la mensuration plessimétrique sont au nombre de trois : 1° la facilité de cette recherche ; 2° la rapidité de l'exploration, et j'ajouterai, en troisième lieu, une plus grande sûreté, une plus grande certitude. Car l'appréciation de l'étendue de la matité produite par une congestion ou une hypertrophie de la rate est souvent si délicate, qu'elle peut n'être d'aucune valeur et ne saurait jamais dispenser de l'examen des autres organes ni de la recherche des autres symptômes. Au surplus, une même zone de matité peut être due à des états divers de la rate : congestion simple, hypertrophie, abcès, kystes, tumeurs de diverses natures. La sensibilité existera, au contraire, bien marquée surtout lorsque l'augmentation du volume de l'organe est de date récente. Témoin le fait suivant :

OBS. IV. — *Fièvre intermittente tierce. — Etat gastrique. — Splénalgie. — Sulfate de quinine. — Guérison en trois jours.*

Le 29 mai 1880, on amenait à ma consultation, à neuf heures du matin, un enfant de la campagne, âgé de 7 ans, et qui était malade depuis une quinzaine de jours. La fièvre l'avait pris une première fois en allant à l'école, éloignée de quatre kilomètres de l'habitation paternelle. On l'avait ramené chez lui, on l'avait couché, puis, dans la soirée, il avait demandé à se lever, se trouvant mieux, quoique très fatigué. Les jours suivants, le petit malade tantôt allait bien, tantôt avait un peu plus de fièvre. L'appétit était disparu et il avait parfois de la céphalalgie. Ce ne fut qu'au bout d'une douzaine de jours que je vis cet enfant. Je me trouvais dans son hameau le 27 mai, vers six heures du soir ; on me pria d'entrer le voir. Je ne constatai qu'un peu d'état gastrique, langue blanche, pouls à 84, constipation. Je prescrivis 15 grammes d'huile de ricin à prendre le lendemain matin, et je recommandai qu'on me conduisît l'enfant le surlendemain matin, vers neuf heures, car, d'après ce que les parents venaient de me dire, je soupçonnais une fièvre à type tierce. Il n'y avait cependant pas de congestion de la rate ni de douleur à la pression. Mais le matin même de ce jour, vers huit heures, il y avait eu un frisson suivi de chaleur et de sueur. La veille, l'enfant avait couru dans les champs presque tout le jour, tandis que l'avant-veille il était resté couché toute la journée.

Quand on m'amena cet enfant chez moi, la fièvre était considérable. On me dit qu'il a eu froid en route. Le pouls est à 132-134. La température axillaire s'élève à 40°,2. La région splénique est douloureuse à la pression. Je ne constate rien à l'auscultation ni à la percussion. Je conseille de donner des pilules de sulfate de quinine à 10 centigrammes, cinq par jour, à trois heures d'intervalle. L'accès dura jusqu'après trois heures.

Le surlendemain, la fièvre n'apparut qu'à onze heures ; elle fut bien moins violente et ne dura guère que deux heures. L'enfant prit encore 1 gramme de sulfate de quinine en quarante-huit heures et le 2 juin il n'y eut pas d'accès. Le vin de quinquina acheva de remettre cet enfant en bonne santé.

Dans le fait que je viens de citer, on a pu voir que la sensibilité de la rate à la pression n'existait que durant l'accès.

Pour démontrer encore de quelle utilité est la constatation de la douleur splénique dans la fièvre intermittente, et avec quelle régularité cette douleur suit la marche décroissante de la fièvre sous l'influence du traitement, je citerai le fait suivant :

OBS. V. — *Fièvre intermittente quotidienne. — Sensibilité de la région splénique, même dans les intervalles apyrétiques. — Disparition de la splénalgie, en même temps que des accès.*

Joséphine X..., femme d'un ouvrier mineur de Commentry, âgée de 45 ans, mère de quatre enfants, n'est pas réglée depuis bientôt quatre mois. Elle a eu depuis trois jours de la fièvre tous les soirs vers quatre heures. Entre sept à huit heures, la fièvre baissait. Elle vint me trouver le 28 mars 1881, à dix heures du matin, et je constate une sensibilité anormale et assez marquée de la région hypochondriaque gauche. Je lui prescris 0,40 de sulfate de quinine en quatre paquets, à prendre de trois heures en trois heures. Le 29, elle vient me retrouver ; l'accès n'est venu la veille qu'à six heures du soir. La région splénique est presque aussi sensible qu'hier. La langue est saburrale ; j'ordonne une limonade purgative avec 60 grammes de citrate de magnésie pour le lendemain

matin, et six nouveaux paquets de 10 centigrammes de sulfate de quinine à prendre à trois heures d'intervalle.

Le 31, je revois cette femme; l'accès du 29 a retardé jusqu'à dix heures du soir. Le 30, la malade s'est purgée et n'a pris que deux paquets de quinine; l'accès est venu à onze heures et demie. Je prescris 80 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en deux jours.

Le 31, il n'y a pas eu d'accès, mais la région splénique est encore douloureuse à la pression le matin du 1er avril. Le soir, accès à dix heures; le 2, presque plus de splénalgie. On devra prendre encore 40 centigrammes de sulfate de quinine. Le 3 et le 4, on n'en prend plus que 0 gr. 30, car il n'y a pas eu d'accès le 2.

La fièvre n'est plus reparue, et la région splénique n'offre pas la moindre douleur à la pression.

Si, dans tous les cas de fièvre intermittente, la douleur splénique se présentait aussi nette que dans l'observation que je viens de relater, ce serait de beaucoup le meilleur des signes d'impaludisme. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Ce signe manque trop souvent, quoique je sois persuadé qu'il existe plus fréquemment que ne l'a prétendu Grisolle, rectifiant les assertions de Piorry dans les lignes suivantes : « M. Piorry, qui s'est beaucoup occupé de l'exploration de la rate dans la fièvre intermittente, a noté que la moitié des malades environ (82 sur 171) accusaient une douleur ou un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Cette douleur, que je crois être beaucoup plus rare (1), ne se manifeste souvent que dans le premier stade; d'autres fois on ne la réveille qu'en palpant ou en percutant la région splénique. Dans quelques cas de fièvre intermittente prolongée, le foie est également augmenté de volume, mais il est toujours à un degré infiniment moindre que la rate. »

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Chirurgie.

SUR LES RÉSULTATS OBTENUS AVEC LE PANSEMENT AU SUCRE DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR LÜCKE, A STRASBOURG, par le docteur F. FISCHER (2).

Le pansement au sucre, dont il a déjà été question dans ce journal, paraît avoir donné des résultats exceptionnellement satisfaisants dans le service de clinique chirurgicale du professeur Lücke, à Strasbourg, d'après les renseignements fournis par M. F. Fischer, assistant de M. Lücke. Voici quelques détails sur cette intéressante question :

Depuis le mois d'avril 1883, le sublimé a été substitué à l'acide phénique pour la désinfection des plaies, dans le service de M. Lücke. Le sublimé en solution au 1/1000e a été très bien supporté par les enfants, contrairement à ce qui a lieu avec l'acide phénique, moins bien par les adultes : chez ces derniers, on a observé assez souvent des irritations légères des gencives, voire, dans quelques cas, une stomatite violente, qui cédait, il est vrai, à des gargarismes au chlorate de potasse. Deux opérés ont été pris de selles sanguinolentes. Dans un cas (amputation de la cuisse), l'opération a été suivie d'une néphrite hémorrhagique, qu'on crut devoir attribuer à l'emploi du sublimé (1). Aussi, pour les lavages des grandes plaies anfractueuses, en particulier pour l'opération de l'empyéme, et lorsqu'il existait des signes d'une irritation rénale, on délaissait le sublimé pour le permanganate de potasse (solution forte). A la suite des lavages au sublimé, on a observé encore une modification de l'urine, qui n'avait pas été signalée jusqu'alors; elle consiste dans une coloration rouge de ce liquide qui devient en même temps trouble et fluorescent. Ce changement d'aspect se manifeste quarante-huit heures après l'opération, persiste en son plein pendant trois jours, pour ne disparaître complètement qu'au bout d'un septenaire environ. Les analyses faites par le professeur Hoppe-Seyler ont démontré que cette coloration rouge de l'urine était due à une augmentation de la quantité d'urobiline en suspension dans cette humeur; M. Fischer a, d'autre part, acquis la preuve qu'elle était une conséquence de l'élimination du sublimé.

Entre autres avantages reconnus à l'emploi du sublimé, M. Fischer mentionne d'une façon spéciale la diminution du nombre des érysipèlee. Cette complication n'a été observée que deux fois en l'espace de dix-huit mois; un troisième opéré a été pris d'érysipèle de la face le vingt-sixième jour après une amputation, une érosion avait servi de porte d'entrée au mal. Ces trois cas d'érysipèle sont survenus à une époque où bon nombre de cas d'érysipèle (médical) étaient en traitement à l'hôpital de Strasbourg.

Pour le pansement consécutif, on a employé, dans les premiers temps, de la gaze imprégnée de sublimé et, un peu plus tard, le sucre. Après avoir rappelé un certain nombre de faits qui montrent que de tout temps on a connu et mis à profit les propriétés antifermentescibles du sucre, M. Fischer décrit, de la façon la plus minutieuse, la technique adoptée par M. Lücke pour assurer l'antisepsie chirurgicale :

Les instruments sont plongés dans une solution d'acide phénique à 5 %, pendant une demi-heure; les mains sont désinfectées avec cette même solution. Le spray est réservé pour certaines opérations, telles que les laparotomies. La plaie opératoire est épongée, souvent aussi irriguée avec la solution de sublimé. La désinfection des éponges est faite avec une rigueur particulière (une nuit durant, elles séjournent dans de l'eau courante; pendant huit jours, dans une solution phéniquée (5 pour 100), qui est renouvelée tous les deux jours). Le drainage, quand il y a lieu, est pratiqué avec des tubes en caoutchouc déposés pendant huit jours dans une solution phéniquée à 5 %. Les sutures et les ligatures sont faites exclusivement avec de la soie qu'on a fait préalablement bouillir pendant deux heures dans une solution phéniquée de même titre. Une fois l'opération terminée, on applique sur la plaie un sachet de sucre confectionné de la façon suivante : sur un morceau de carton recouvert d'une feuille de gutta-percha, on étale un morceau de mousseline dégraissée, de dimensions convenables. On verse par dessus du sucre en poudre très fin, qu'on tasse de façon à former une couche de un demi centimètre d'épaisseur; cette couche doit occuper en largeur une étendue suffisante pour déborder la plaie de 2 centimètres en tout sens. On replie les bords de la mousseline, et le sachet ainsi obtenu est fixé sur la plaie au moyen d'une épaisse couche de mousseline dégraissée, le tout recouvert d'une

(1) Grisolle. *Traité de pathologie interne*, 8e édition, t. I, p 149.

(2) DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t. XXII, fasc. 3 et 4, p. 225-267, 1885.

(1) Pour ce qui concerne l'intoxication par le sublimé employé comme agent d'antisepsie, voir : GAZETTE MÉDICALE, 1884, no 15, p. 174, et 1885, no 28, p. 330.

feuille de gutta-percha; les bords du pansement sont garnis de onate. Antant que possible, le pansement est laissé en place pendant six à huit jours; il est levé plus tôt si la fièvre s'allume, ce qui est tout à fait exceptionnel; une fois les drains raccourcis et les sutures enlevées, on applique un nouveau sachet de sucre, confectionné comme le premier. Quand il existe une perte de substance de la peau, le sucre en pondre est appliqué directement sur la plaie.

Sous ce pansement, les plaies présentent un aspect des meilleurs; les téguments de voisinage ne sont point irrités. Dans quelques cas, où la sécrétion était très abondante, il est survenu de l'eczéma. Presque toujours, la cicatrisation s'est effectnée eans fièvre; très rarement la température interne des opérés s'est élevée le soir jusqu'à 39° et au-dessus, beaucoup plus souvent, le second et le troisième jour après l'opération, à 38°+ quelques dixièmes. La couche de sucre se laisse facilement imprégner par le pue; quand ses limites sont débordées, il faut appliquer un sachet de sucre supplémentaire, au point où le pus fait éruption. Les fils de suture s'accolent ordinairement à la gaze qui sert d'enveloppe au sachet, mais on les détache facilement, sans causer de douleurs aux malades.

Sur 202 opérés qui ont été pansés au sucre, 5 sont morts: l'un, une femme, d'un érysipèle survenu à la suite de l'amputation d'un sein cancéreux; un autre, d'une néphrite hémorrhagique; deux antres ont succombé à la phtisie pulmonaire; enfin une jeune fille, amputée en plein stade septique, est morte dans le cours de l'opération.

M. Fischer a joint à son travail des tableaux schématiques et des observations détaillées, qui permettent de se faire nne idée exacte de l'influence que le pansement au sucre exerce sur le processus de cicatrisation. Ces documents ne se prêtent pas à une analyse rapide; nous nous contenterons d'en détacher le tableau suivant, qui fouruit des éléments d'appréciation comparative sur la durée moyenne de la cicatrisation à la suite des grandes amputations pratiquées dans nn certain nombre de services de chirurgie, en Allemagne :

	Bras.	Avant-bras.	Cuisse.	Jambe.	Amputation du pied.
Wœlfler (Billroth), Vienne.	21 jonrs.	23	61	42	61
Oberst	14-21	14-21	28-35	21-28	—
Balzer	28	21	42-56	28-35	—
Neuber	22	22	28	28	—
Cramer.	24	25	27	29	13
Lücke	20	16	22	19	29

Nous ajouterone qne le total des grandes amputations, à la suite desquelles on a employé le pansement au sucre dans le service de M. Lücke, s'élève à 37. Sur ce nombre, on compte deux cas de mort. Trois fois le processus de cicatrieation a été troublé par des complications intercurrentes; trente et une fois la cicatrisation s'est faite par première intention; dix-sept fois il n'y a pas eu le moindre mouvement fébrile. Le plus souvent, on a eu recours à l'application de la hande d'Esmarch; lambeau circulaire dans le plue grand nombre des cas. Enfin, détail intéressant à noter, la plupart des grandes amputations ont été pratiquées par des étudiants, attachés au service de M. Lücke.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

Etude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (Bacille de la fièvre typhoïde), par G. Artaud. (Thèse de Paris.)

« La fièvre typhoïde naît de toutes pièces et ne se communique pas, » disait Murchisson. « Elle est éminemment contagieuse et provient toujours d'un germe spécial, » écrivait à la même époque W. Budd. De cette dernière doctrine est sortie l'étiologie parasitaire de l'affection, établie à l'heure actuelle eur des bases solides, grâce à l'élan donné par Pasteur, à l'étude dee maladies infectieuses. Sane méconnaître les recherches de Signel, de Tigri, de Mégnin, de Coze et Feltz, de Hallier, de Recklinghausen, de Klein, de Browicz, de Sokoloff, de Fischl, sur les micro-organismes de la fièvre typhoïde, il faut arriver aux travaux d'Eberth pour voir se réaliser un progrès notable dane la solution du problème. Il décrit, en 1880, un bacille ovoïde allongé, à extrémités arrondies, qui diffère de celui de la putréfaction en ce qu'il se colore faiblement par le violet de méthyle; et successivement Klebs, Letzerich, Koch, Mayer en Allemagne, Coats et Crooke en Angleterre, rencontrent de nouveaux éléments qu'ils considèrent, eux aussi, comme facteurs du processus typhoïdique. Gafky, le dernier en date, signale un microbe égal en longueur au tiers du diamètre d'un globule eanguin et trois fois moins large, avec extrémités arrondies, souvent munies de spores longnes, ne se colorant pas et occupant toute la longueur du bacille, cultivable dans la gélatine, qu'il ne liquéfie jamais. Comme Eberth et Mayer, il constate qu'on le rencontre d'autant plus abondamment que l'affection est plus récente. En tous cas, les inoculations tentées restent sans résultats probants.

Le micro-organisme que M. Artand présente à son tour est un bâtonnet arrondi aux deux bouts en forme d'olive ou de petite balle, ayant la longueur d'un globule du sang et une largeur trois fois moindre. Traité par le procédé d'Erlich, sa caractéristique est de montrer un centre clair, à peine teinté et deux extrémités colorées. Cette description concorde avec celle d'Eberth, de Mayer, de Friedlander, et probablement avec celle de Gafky lui-même. Tryde et Bagenoff, qui ont entrepris la vérification des travaux de ce dernier auteur, et auxqnels nous reprochons à M. Artaud de ne pas même faire allusion, ont fourni des résultats confirmatifs de ceux obtenus à l'Office sanitaire impérial de Berlin. Le premier a rencontré, dans l'intestin, des bacilles avec parties réfringentes arrondies sur toute la largenr, caractéristiques de formations de spores, ces derniers occupant le sommet, et, par la culture sur des pommes de terre, il a été amené à constater l'exactitude des recherches de Gafky sur leur développement. Le second s'est en outre occupé de leur vitalité dans des milieux divers : au maximum, dans l'eau potable, elle est amoindrie dane le lait; le suc gastrique l'arrête, la bile et le fluide pancréatique la favorise, le froid la suspend, la chaleur l'entretient de 37 à 40°, mais l'éteint à 50°; les spores seules ne meurent pas.

Le bacille décrit par Eberth, Mayer, Friedlander, Gafky et Artaud ne ee trouve que dans lee organes d'individus ayant succombé à une fièvre typhoïde; il est donc spécifique et se distingue de celui de la putréfaction, plus petit, à contours indécis et terminé par deux extrémités renflées, par rapport au corps du bacille qui est grêle et rétréci. La helle planche qui termine le travail de M. Artaud est à ce dernier point de vue très significative.

Les essais de culture n'ont pas donné des résultats concluants. Quant à l'inoculation, elle n'a même pas été tentée. Nous faisons des vœux pour que notre compatriote, si bien préparé aux recherches micrographiques, poursuive activement l'étude d'un sujet dont l'intérêt n'est pas à discuter.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille et a Toulon. — L'épidémie cholérique paraît en décroissance à Marseille depuis le commencement de ce septenaire, et dans des proportions assez sensibles, si on en juge par les chiffres suivants empruntés à la statistique municipale de cette ville :

21 août	118 décès.	81 cholériques.
22 —	92 —	46 —
23 —	76 —	45 —
24 —	88 —	41 —
25 —	70 —	39 —
26 —	63 —	27 —
27 —	85 —	31 —

Par contre, les nouvelles de Toulon sont assez mauvaises; le nombre des cas d'invasion et des cas de décès par choléra a sensiblement augmenté dans le courant de cette semaine. Les dernières nouvelles reçues du théâtre de l'épidémie portent que, depuis le 26 août, cinq heures du soir, jusqu'au 27, matin, à neuf heures, il y a eu, à Toulon, 22 décès cholériques et 10 autres dans les douze heures qui ont suivi.

— Le choléra en Espagne. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne portent qu'à la date du 26 août, les chiffres des décès par choléra et des cas d'invasion, relevés par la statistique officielle, ont été les suivants :

	Cas.	Décès.
A Madrid	25	19
Dans la province de Saragosse	493	188
» de Castellon	93	34
» de Valence	106	32
» de Albacète	87	24
» d'Alicante	84	30
» de Tolède	163	56
» de Grenade	444	148
» de Tarragone	70	32
» de Murcie	119	44
» de Teruel	278	80
» de Nevarre	117	69
» de Jaen	41	19
» de Cordone	153	52
» de Zamora	96	13
» de Soria	101	33
» de Ségovie	33	8
» de Lerida	88	42
» de Gerone	35	4
» de Palencia	76	19
» de Salamanque	7	5
» de Guadalajara	23	17
» de Burgos	32	9
» de Cindad Real	129	37
» de Hnesca	75	21
» de Vallalodid	236	74
» de Badajoz	3	1
» d'Almeria	441	99
» de Barcelone	117	61
» de Logrono	89	22
» de Malaga	75	17
» de Cuença	294	154

— L'Association française pour l'avancement des sciences a choisi la ville de Nancy pour siège de sa quinzième session, en 1886. Cette session sera présidée par M. Friedel, membre de l'Institnt et vice-président dn Congrès de Grenoble. L'Association a éln ponr vice-président, en 1886, M. le docteur Rochard, qui sera président de droit du Congrès en 1887.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire à Paris, les 8, 9 et 10 octobre, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les membres de la Société qui désirent faire une on plusieurs communications dans cette session sont priés d'en prévenir M. le secrétaire et de lui adresser leurs mémoires avant le 20 septembre prochain.

Les communications doivent être faites ou écrites en français et ne pas dépasser dix pages du « Bulletin ».

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Verchère (Antoine), à l'âge de soixante-quatre ans. M. Verchère était le père d'un de nos plus distingués chefs de clinique, collaborateur de la Gazette médicale, auquel nous adressons l'expression de nos regrets les plus vifs; — de M. le docteur Maggiorani, professeur à la Faculté de médecine de Rome, décédé à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

***

Faculté de médecine de Paris. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Physique, M. Gariel; anatomie pathologique, M. Hanot; physiologie, M. Reynier; accouchements, M. Pinard; chimie, M. Hanriot, histoire naturelle, M. Blanchard.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Hallopeau ; pathologie externe, M. Terrillon.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Joffroy; pathologie externe, M. Humbert.

M. Gariel, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Broca et Chaput, docteurs en médecine, sont nommés, pour quatre ans, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Brun et Jarjavay dont le temps d'exercice est expiré.

***

Concours. — Le jury du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris se composera, sauf modifications, de MM les docteurs Anger (Th.), Audhoui, Bouilly, Liouville, Monod fils, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

136 M. Coillot. Des lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux contusions abdominales. — 137. M. Soyer. De la sensation du doigt mort dans le mal de Bright. — 138. M. Dupasquier. Contribution au traitement de la péritonite par la laparotomie.—139. M. Mailfaire. De la méningo-myélite ascendante subaiguë dans la dothiénentérie. — 140. M. Camps. Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges. — 141. M. Cami-Debat. Contribution à l'étude des fractures de la verge simples ou compliquées. — 142. M. Villard. Des appareils ou machines électro-tatiques et de leur emploi en médecine. — 143. M. Martin. Contribution à l'étude des arthrites septiques. — 144. M. Louis-Jean. Etude clinique sur les aliénés dangereux, dits criminels. — 145. M. Pradet. Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — 146. M. Bonnoire. Broiement de la tête fœtale. — 147. M. Bertrin. De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin. — 148. M. Mazel. De la fièvre de convalescence.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 16 au samedi 22 août 1885.

Fièvre typhoïde 29. — Variole 3. — Rougeole 15. — Scarlatine 7. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 18. — Choléra 0. — Dysentérie 6. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 10. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 31. — Phthisie pulmonaire 199. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 12. — Pneumonie 32. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 100. — au sein et mixte 42. — Inconnu 10. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 48. — de l'appareil respiratoire 46. — de l'appareil digestif 38 — de l'appareil génito-urinaire 20. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21. — Causes non classées 26. — Total de la semaine : 950 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale, basé sur l'étude des localisations, par le professeur H. Nothnagel, traduit et annoté, avec l'autorisation de l'auteur, par le docteur Kéraval, ouvrage précédé d'une préface par M. le professeur Charcot. Un vol. in-8 avec un atlas de 68 figures. — Prix : 14 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Système vasculaire. — Circulations locales. — Procédés d'injection des veines du cœur vers les extrémités, par le docteur L. Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Première partie : La Main. — Un volume gr. in-8 cartonné, avec 4 planches en chromo hors texte. — Prix : 5 fr. — (Cette première partie a été couronnée par l'Académie des sciences (Prix Monthyon) — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie En. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 36 5 SEPTEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DES CONTUSIONS GRAVES DU PÉRINÉE, A PROPOS DE CINQ OBSERVATIONS DE RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE, CONSÉCUTIVES A DES CHUTES SUR LA RÉGION PÉRINÉALE, par MAURICE NOTTA, interne des hôpitaux, membre de la Société clinique.

Suite et fin. — Voir les numéros 34 et 35.

OBS. V. — CHUTE SUR LE PÉRINÉE. — URÉTRORRHAGIE. — CONTUSION PÉRINÉALE. — CONGESTION PULMONAIRE DUE AU TRAUMATISME. — GUÉRISON (1). (Communiquée par M. le docteur Decorniere.)

Le 12 novembre 1884, je fus appelé, vers six heures du soir, auprès de H..., employé à la gare des marchandises de Lisieux. Cet homme me raconta qu'étant monté sur un tas de paille, le lien de la botte qu'il voulait descendre se rompit, et qu'il tomba en arrière *d'une hauteur de trois mètres environ*, à cheval sur le levier d'une pompe. Aussitôt après l'accident, il a pu marcher, tout en éprouvant une violente douleur au périnée, et il a remarqué que le sang coulait abondamment par la verge.

Quand je vis le malade, deux heures environ après sa chute, l'hémorrhagie, dont je constate les traces, était arrêtée. Depuis son retour chez lui, le blessé avait uriné un mélange d'urine et de sang et du sang pur, dont la quantité pouvait être évaluée à un verre environ; mais au moment du passage de l'urine dans le canal, il avait ressenti une douleur tellement aiguë qu'il s'était arrêté net au milieu de sa miction. Le scrotum présente son aspect normal. Le périnée seul, dans une étendue de trois centimètres environ, est très douloureux à la pression, et présente un léger degré d'empâtement. Le malade a quelques petits frissons; le pouls est à 84. — Limonade sulfurique, bouillon. — Repos absolu dans le décubitus dorsal.

Le lendemain 2, je pensais trouver de la rétention d'urine et avoir à faire une large boutonnière périnéale. Quelle ne fut pas ma surprise en trouvant mon blessé aussi bien que possible du côté des voies urinaires. Il a uriné deux fois depuis la veille, et l'urine est de moins en moins teintée de sang. Le périnée est toujours très sensible, et reste dans le même état. La soif est assez vive; le pouls à 88, l'état général est bon. Le malade se plaint de douleurs vagues dans les membres et les attribue à la courbature. Toutefois, particularité à noter, cet homme a eu des vomissements bilieux pendant la nuit et a rendu, par la bouche, deux caillots de sang du volume d'une noisette Je n'y attache pas grande importance. — Même traitement.

Le 3, l'état général est moins bon. La respiration est fréquente, la langue est sèche, le pouls à 92, Le malade a eu un peu de délire la nuit. Rien pourtant du côté du périnée n'explique cette recrudescence de fièvre; la douleur, à la pression, est très vive.

J'examine alors la poitrine, et je constate en un point très limité, en arrière et à droite, entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate, un peu d'empâtement à la palpation, une douleur assez vive

(1) Nous transcrivons textuellement cette intéressante observation, telle que M. Decorniere a eu l'obligeance de nous l'envoyer.

FEUILLETON

LES HÔPITAUX FRANÇAIS JUGÉS PAR UN ANGLAIS.

On nous a communiqué dernièrement un article paru dans les numéros du 2 et du 9 août d'un journal anglais « THE PEOPLE », publication hebdomadaire dédiée à toutes les classes de la société (NEWSPAPER FOR ALL CLASSES). Malgré le peu de fond de cet article, il nous a paru intéressant de le mettre sous les yeux des médecins français, pour leur donner une idée de la façon dont on nous juge de l'autre côté du détroit.

Nous nous sommes appliqué à faire une traduction aussi littérale que possible, dût le style s'en ressentir, afin de laisser à l'auteur anonyme (PARIS CORRESPONDENT) la responsabilité des termes grossiers dont il se sert. Nous ne ferons que peu d'observations personnelles, le factum se jugeant de lui-même :

LES HÔPITAUX DE PARIS.

Si le lecteur anglais veut avoir une idée de l'effet que produit le mot « *hôpital* » sur un Français de la classe pauvre, il n'a qu'à prononcer le mot de « Workhouse » (1) devant un de ses compatriotes; toute autre explication serait superfine de ma part. Si l'on avait dit celà, il y a quelques années, à un républicain forcené, il aurait répondu que l'ouvrier craignait l'hôpital parce qu'il n'aimait pas le prêtre ni la sœur de charité, lesquels, d'après le même républicain, tracassaient le malade par des exhortations religieuses, et, si ce dernier ne les écoutait pas avec déférence, le considéraient comme un personnage indigne d'intérêt, le négligeant en conséquence. J'ai à peine besoin de dire que ces insinuations n'étaient que des mensonges. Néanmoins ces calomnies ont servi de prétexte pour chasser l'aumônier et la sœur d'à côté du lit de ceux qui avaient le plus besoin de leur ministère, qui, du reste, autant que j'ai pu m'en assurer, n'était jamais imposé de force Maintenant que les hôpitaux sont purgés des « cafards noirs et des pa-

(1) Un « Workhouse » est une sorte d'asile où la population pauvre de Londres trouve un refuge passager. Rien en France ne peut rappeler, même de loin, l'aspect d'horreur et de misère que présentent ces bouges.

à la pression, et un affaiblissement du murmure vésiculaire à l'auscultation, en même temps que la submatité à la percussion. — Je fais appliquer dix sangsues *loco dolenti*. — Tisane de tilleul.

Le soir, l'état général est meilleur, la respiration moins fréquente, le pouls est encore à 90. L'urine est plus foncée que le matin et contient des traces de sang. — Potion calmante pour la nuit.

Le 4. Amélioration marquée. Du côté du périnée, il ne s'est produit rien de particulier. L'urine est encore légèrement teintée de sang.

Le 6, le malade va bien; l'urine est tout à fait claire et les mictions sont normales. Les accidents pulmonaires ont disparu, et le blessé entre franchement en convalescence.

En résumé, voilà un homme chez lequel il s'est produit, sinon une rupture au moins une déchirure partielle de l'urètre, et qui, en huit jours à peine, entre en convalescence. Il n'y avait pas à craindre d'infiltration urineuse, puisque la miction était normale, et le traitement de la contusion périnéale s'est borné à l'expectation.

Quant aux symptômes thoraciques, ils ne peuvent s'expliquer que par une contusion probable, produite par le corps de la pompe sur laquelle cet homme est tombé, et dont il ne s'est pas plaint, ayant porté toute son attention sur la blessure de l'urètre et sur le pissement de sang. Cette contusion aura déterminé un point de congestion pulmonaire, une sorte de premier degré de pleuropneumonie traumatique dans sa forme la plus atténuée.

II

Si nous analysons les cinq observations précédentes au point de vue de l'intervention chirurgicale, nous voyons que l'incision périnéale simple immédiate, unique et médiane, a suffi dans deux cas (obs. I et II), que l'urétrotomie externe retardée a été faite une fois (obs. III), que l'urétrotomie externe d'emblée a été pratiquée une autre fois (obs. IV), et que l'expectation a été suivie d'un heureux résultat chez un autre malade (obs. V). Nous ferons remarquer à propos de cette dernière observation, sur laquelle nous ne reviendrons plus, puisqu'elle rentre par le fait dans la catégorie des cas légers, toute la sagacité dont a fait preuve M. Decornière; car, si l'expectation était indiquée par la persistance de la miction, plus d'un chirurgien aurait peut-être cédé au désir d'intervenir, en se basant sur l'existence de la fièvre et des symptômes généraux, qui, dûs à la complication thoracique, pouvaient en imposer *à priori* pour des accidents urineux au début.

Quant aux deux malades, auxquels l'urétrotomie externe a été pratiquée, il suffit de lire attentivement leurs deux observations pour se convaincre de la difficulté qu'a eue l'opérateur à retrouver le bout postérieur de l'urètre. On pourra objecter que, dans un cas (obs. III), on a attendu trop longtemps, et que, dans l'autre (obs. IV), il s'agissait d'un délabrement considérable, presque exceptionnel. Quoiqu'il en soit, beaucoup de chirurgiens reconnaissent que la recherche du bout vésical, même quand elle est *pratiquée immédiatement*, est souvent très difficile, à cause des caillots sanguins qui remplissent la poche sous-jacente à l'incision et gênent le champ opératoire encore diminué par le gonflement des parties voisines et par les débris de tissus meurtris qui apparaissent au milieu d'un mélange de sang noir et d'urine. Quelquefois même, il est impossible de trouver le bout postérieur de l'urètre; certaines observations le prouvent, et nous voyons dans la thèse de M. Terrillon (1) que, sur un total de 30 observations, *huit fois* le bout postérieur ne put pas être trouvé. Dans l'observation suivante, publiée par G. Lawson (2), l'urétrotomie externe d'emblée fut impossible, et l'on dût recourir à la ponction hypogastrique et au cathétérisme rétrograde.

Voici cette observation résumée :

CONTUSION DU PÉRINÉE. — RUPTURE DE L'URÈTRE. — RÉTENTION D'URINE. — PONCTION SUS-PUBIENNE. — CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE. — GUÉRISON.

Le 24 octobre 1879, un homme de 55 ans était en train de décharger une voiture de bois, quand tout à coup l'une des pièces bascula et vint le frapper violemment au périnée. Gonflement considérable du périnée et du scrotum; miction impossible; urétrorrhagie. Après avoir fait une tentative de cathétérisme, sans résultat, nous pratiquons l'urétrotomie externe : mais nous tombons dans une poche pleine de sang, et il nous est impossible de trouver le bout postérieur.

25 octobre. — Mauvaise nuit. Ténesme vésical, miction impossible. Aucune goutte d'urine ne s'échappe par la plaie. Après deux ponctions aspiratrices sous-pubiennes, on met une canule à demeure.

Le 29, la canule métallique est remplacée par une sonde en gomme.

Le 4 novembre, cathétérisme rétrograde et sonde à demeure dans l'urètre.

(1) *Loc. cit.*, p. 151.
(2) IN MED. TIMES AND GAZETTE, n° 1, p. 674, 1881.

---

pillons blancs », comme disent les républicains, est-ce que l'ouvrier montre plus d'empressement à profiter du secours qu'on lui offre? Je crains que non. Je l'ai vu se cramponner à son grabat, dans sa misérable mansarde, comme si les hôpitaux étaient encore remplis de ces hommes et de ces femmes dévoués, qui, au dire des républicains, lui étaient un sujet d'horreur. Quel est donc la raison de cet invincible éloignement?

C'est simplement que, dans l'esprit du peuple, *hôpital et cimetière ne font qu'un*. Le bourgeois français, qui est *la brute la plus endurcie qu'il y ait sur la terre* (*sic*), ne peut arriver à s'expliquer cette répulsion du prolétaire malade. Il ne peut pas comprendre comment il ne préfère pas à sa tanière de quelques mètres carrés la salle large et haute de l'hôpital. Le parquet est propre et frotté de cire. Le bruit de la rue parvient à peine jusqu'au lit blanc et immaculé. Après la visite du médecin, accompagné de l'interne et des étudiants, le silence n'est rompu de loin en loin que par le pas étouffé de l'infirmière. Et cependant l'ouvrier préfère mourir sur une poignée de paille pourrie, dans une chambre qui pue le renfermé. N'est-ce pas stupide? Et bien, *en conscience*, je comprends l'appréhension de l'homme du peuple parisien. Un hôpital français est en vérité un endroit très triste (1).

Je n'écris pas pour des lecteurs scientifiques, et je puis être tout à fait dans le faux, mais, à moins que mon propre instinct ne me

(1) Avant d'aller plus loin, une simple remarque : comment concilier cette horreur de l'ouvrier français pour l'hôpital, avec l'affluence toujours croissante et véritablement décourageante des demandes d'entrées? L'administration a beau multiplier le nombre des lits hospitaliers, qui est actuellement d'environ dix milles pour les hôpitaux et huit milles pour les hospices, il n'est pas de médecin, d'interne, qui ne soit journellement attristé par l'obligation où il est de refuser quatre personnes pour une aux consultations, faute de place. Dans ces hôpitaux, où personne ne veut entrer, suivant le journal anglais, toutes les protections, politiques ou autres, sont mises en jeu pour obtenir une admission, lorsque le cas ne s'impose pas par son urgence même. Que conclure de là? D'abord que le nombre des lits, quoique considérable, est insuffisant; ensuite que la population parisienne, malgré qu'elle soit beaucoup moins misérable que celle de Londres, renonce volontiers non seulement à son grabat, mais encore à une aisance relative, pour trouver à l'hôpital des soins qu'elle juge éclairés et suffisamment confortables.

Le 23 février 1880, le malade quitte l'hôpital; on passe un n° 18. Le malade est revu un an après : la guérison persiste.

L'urétrotomie externe d'emblée n'est donc pas toujours aussi facile qu'on veut bien le dire (1). Mérite-t-elle cependant d'être imposée comme une régle absolue au chirurgien soucieux de la bonne tradition chirurgicale et de l'intérêt du malade? Nous ne le croyons pas, et nous essaierons d'établir que l'incision périnéale simple *immédiate* constitue en réalité à elle seule la « *méthode périnéale* », du moment où elle assure le libre écoulement de l'urine, et suffit, dans la majorité des cas, quitte à faire dans les jours qui suivent le second temps de l'opération, la recherche du bout postérieur et la fixation d'une sonde à demeure. Ce n'est plus, nous le savons, l'urétrotomie externe d'emblée; ce n'est plus cette méthode chirurgicale, qui séduit parce qu'elle est complète, parce qu'elle paraît répondre admirablement à la triple indication que soulève tout traumatisme grave de l'urètre : évacuation de la vessie, libre écoulement assuré aux liquides épanchés et restauration du canal. Avec l'incision périnéale simple, on paraît s'arrêter à moitié chemin, tandis qu'avec l'urétrotomie externe d'emblée on paraît garantir l'avenir en même temps que le présent, en satisfaisant immédiatement à la dernière indication. L'argument est peut-être plus spécieux que réel, et mérite d'être un instant discuté.

III

Par la grande brèche qu'elle fait au périnée, l'incision périnéale simple immédiate assure l'évacuation de l'urine et prévient les dangers de l'infiltration ou de la stagnation des liquides. On a donc paré à tous les accidents actuels et prochains, et l'urétrotomie externe d'emblée n'a pour but que de garantir une restauration un peu plus rapide du canal de l'urètre. Ce résultat est-il toujours atteint? La fixation de la sonde à demeure au milieu des tissus meurtris et contus n'a-t-elle pas certains inconvénients? Outre les phénomènes d'urétrite que souvent elle détermine, la sonde ne peut-elle pas jouer le rôle d'un véritable corps étranger et retarder même, jusqu'à un certain point, la cicatrisation du canal? Autant de questions que nous posons, sans nous permettre de les résoudre, et qui nous sont suggérées par la rapidité avec laquelle la cicatrisation s'est produite chez nos deux premiers malades (observ. I et II) auxquels l'incision périnéale a été seule pratiquée. Dans les deux cas, l'émission de quelques gouttes d'urine par le méat nous a semblé indiquer un commencement de réparation, une restauration partielle du canal, et nous nous nous demandons si l'on ne pourrait pas regarder ce signe comme l'indication d'une tentative de cathétérisme direct, qui évitera, s'il réussit, de rechercher directement le bout vésical, de pratiquer ce que les auteurs appellent à tort « l'urétrotomie externe retardée. »

Qu'est-ce, en effet, que l'urétrotomie externe? C'est l'incision du périnée suivie de l'incision du canal de l'urètre. Cette méthode opératoire, qui fut inventée par le traitement des rétrécissements infranchissables, se compose de *deux temps* parfaitement distincts et répond bien au sens étymologique du mot urétrotomie (ὑρεθρον, τεμνω). Mais, dans la rupture traumatique de l'urètre, le second temps n'existe plus, puisque le canal a été coupé pour ainsi dire d'avance; il n'y a plus à inciser les tissus durs et lardacés périphériques; il n'y a pas à sectionner l'urètre rétréci, et l'urétrotomie externe consiste dans l'incision périnéale *seule*, le second temps de l'opération se trouvant supprimé par le fait du traumatisme. C'est donc à tort, selon nous, que l'on a donné, en se basant sur la recherche immédiate ou ultérieure du bout vésical de l'urètre, les noms « d'urétrotomie externe d'emblée » et « d'urétrotomie externe retardée » à une opération qui est toujours une urétrotomie externe d'emblée, puisque l'incision périnéale immédiate simple est précisément l'urétrotomie externe. Tout en acceptant les termes précédents consacrés par l'usage, nous tenions à montrer que, sous une apparence incomplète, l'incision périnéale constituait en réalité à elle seule, pour les cas traumatiques, le procédé opératoire décrit sous le nom « d'urétrotomie externe. »

Quoi qu'il en soit, l'urétrotomie externe retardée — c'est-à-dire la recherche du bout vésical faite dans les jours qui suivent l'accident, à une époque dont le chirurgien peut seul juger l'opportunité, et après que les tentatives de cathétérisme direct ont échoué — nous semble présenter deux grands avantages : le premier, de pouvoir être évitée, comme chez nos

(1) Mon père, qui a eu l'occasion de faire une douzaine d'urétrotomies externes dans des cas de ruptures traumatiques de l'urètre, m'a affirmé qu'il lui avait été absolument impossible, dans trois ou quatre circonstances, de trouver le bout vésical, cherché immédiatement après l'incision périnéale.

---

trompe et que ce que j'ai entendu dire par des gens plus compétents que moi ne soit erroné, on a cinq chances contre une d'être emporté *les pieds en avant* lorsqu'on a été admis dans un hôpital de Paris (1). En vain, l'architecte a prodigué les pierres, le stuc, l'imitation de vieux chêne. L'hôpital français a un vice irrémédiable que je montrerai dans le cours de ces lettres, et les pauvres misérables le comprennent vaguement. De peur d'être trop positif dans mes assertions, j'ai pris la précaution de consulter un ami très compétent, et de plus j'ai été visiter un ou deux hôpitaux dont je puis citer les noms.

Le premier que j'ai vu était l'Hôtel-Dieu, non le vieux bâtiment, mais le nouvel édifice; je n'ennuierai pas le lecteur par une description détaillée. Dans la salle des hommes, où j'entrai d'abord, je vis un médecin, qui m'a paru un gentleman très attentionné et très poli, entouré d'un grand nombre d'étudiants et de quelques docteurs. Il allait çà et là, interpellant l'infirmière (2), expliquant la nature de la maladie en se servant généralement du mot propre (1), essayant de temps à autre d'être facétieux et y réussissant souvent. Chacun l'écoutait avec déférence et avait un sourire d'approbation pour ses plaisanteries.

Tous étaient nu-tête; ceux qui ne voulaient pas garder leur chapeau à la main le plaçaient sur le premier lit à gauche en entrant. Le malade qui occupait ce lit retirait ses jambes pour faire plus de place aux couvre-chefs qui sont là accumulés. « *Ave Cæsar, morituri te salutant!* » disaient les gladiateurs en passant devant les empereurs. J'avais presque envie de dire, en voyant ce tas de chapeaux, que les vivants saluaient ceux qui allaient mourir (2).

Après tout, au premier abord, il semblerait que, la mort étant inévitable, il est meilleur de mourir dans un lit propre, d'aspect virginal, que sur une misérable couche, peut-être entourée d'en-

(1) Consulter les statistiques.

(2) Remarquons, une fois pour toutes, que l'auteur de l'article a visité l'Hôtel-Dieu, où le service est fait par les sœurs augustines; à la satisfaction de tous, ajouterons nous.

(1) Cette accusation est en contradiction formelle avec la tradition de nos hôpitaux, où l'on renouvelle à chaque instant le vocable destiné à désiger les maladies incurables.

(2) Plus facétieux encore que le *médecin gentleman*, monsieur l'Anglais!

deux malades, et d'épargner ainsi au blessé une opération souvent longue et pénible ; le second, de permettre au chirurgien d'opérer, non pas en aveugle et presque au hasard au milieu de tissus broyés et contus, mais au milieu de tissus revenus à leur état normal, détergés et, par conséquent, presque sains.

Est-ce à dire pour cela que l'urétrotomie externe d'emblée ne doit jamais être pratiquée? Ce serait, à notre avis, tomber dans l'excès contraire et comprendre bien mal notre opinion que nous cherchons avant tout impartiale et éclectique. Mais il nous semble qu'on doit réserver l'urétrotomie externe d'emblée aux cas, dans lesquels l'incision périnéale simple n'ayant pas amené l'évacuation de la vessie, la distension de cet organe est telle qu'elle met en danger la vie du malade. Il faut agir et agir au plus vite. Si le bout postérieur ne peut pas être trouvé, il reste une dernière ressource, la ponction hypogastrique, et plus tard le cathétérisme rétrograde. Dans les cas où le délabrement a été considérable, comme chez le malade de M. Périer, l'urétrotomie externe d'emblée nous paraît également indiquée à cause des décollements et de la grande surface qui serait en contact avec les liquides épanchés ; et, d'autre part, comme l'opération n'est guère plus compliquée que celle de l'hémostase, comme le champ opératoire est plus vaste que dans les traumatismes ordinaires, il y a tout avantage à mettre le blessé, déjà tant épuisé, à l'abri d'une nouvelle intervention chirurgicale.

En résumé, nous appuyant sur les faits qui précèdent, si nous limitons la question à ces termes : *Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'un cas grave de contusion du périnée, s'accompagnant de rétention d'urine?* Nous croyons pouvoir formuler les règles suivantes :

1° Pratiquer *immédiatement* une incision périnéale longue, profonde, unique et médiane, de manière à ouvrir largement le foyer.

2° Si, au bout de quelques heures — *et qu'il y ait urgence à cause de la distension de la vessie* — le blessé n'a pas uriné, aller à la recherche du bout vésical, ou bien faire la ponction hypogastrique, dans les cas où il serait impossible de trouver le bout postérieur.

3° Si, au contraire, l'incision périnéale a été suivie de l'évacuation de la vessie, pratiquer dans les jours qui suivront soit le cathétérisme direct, soit la recherche du bout postérieur par la plaie.

Mais, nous dira-t-on, à quelle époque faut-il essayer le cathétérisme direct ou pratiquer l'urétrotomie externe retardée? Il n'y a pas à cet égard de règle absolue ; on se guidera sur les indications tirées de l'état de la plaie périnéale, de l'état général du blessé. Tout en conseillant de ne pas attendre trop longtemps, nous croyons que l'expectation peut varier entre les limites de cinq à dix jours. Nous rappelons que l'émission de quelques gouttes d'urine par le méat constitue un symptôme important et crée l'indication formelle d'essayer le cathétérisme direct. Il sera bon de le tenter deux ou trois jours de suite avec la plus grande douceur, et par des moyens multiples (bougies filiformes, tortillées, coudées, condes, béquille, etc.). S'il reste sans résultat, on si dès le premier essai on s'aperçoit, comme chez le malade de l'obs. III, que la lumière du canal de l'urètre est complètement obstruée (1) au niveau de l'extrémité postérieure du bout urétral, on ira directement par la plaie à la recherche du bout postérieur.

Ainsi la méthode périnéale : telle est la formule de l'intervention immédiate, la méthode vraiment chirurgicale. Mais pour nous, du moment où l'incision périnéale a assuré le libre écoulement de l'urine, nous ne croyons pas nécessaire, ni même utile, de mettre immédiatement une sonde à demeure, et pour peu que la recherche du bout postérieur présente quel-

(1) Ce phénomène est dû à la cicatrisation du bout urétral qui ne fonctionne plus. Nous avions pensé qu'on pouvait peut-être l'attribuer à une sorte d'accollement des parois, dû au traumatisme qui aurait produit une occlusion, une obturation complète par un mécanisme analogue à celui de l'oblitération des artères par la torsion, et explicable par la présence des fibres élastiques qui entrent dans la texture de la muqueuse de l'urètre. Ces idées, purement théoriques, n'ont pas été confirmées par les expériences qu'a bien voulu faire sur le cadavre, d'après nos indications, notre ami le docteur Ch. Walther, prosecteur des hôpitaux. Voici d'ailleurs à quels résultats il est arrivé :

1° La dénudation de l'urètre étant faite dans une étendue de 15 à 20 millimètres environ, au niveau de sa portion membraneuse, la torsion en produit la rupture après 25 ou 30 tours de pince.

2° Le bout du canal tordu est bien, comme celui de l'artère après la torsion illimitée, terminé par une extrémité effilée en pointe ; mais il y a un simple amincissement et une élongation de la paroi tout entière, dans laquelle rien ne représente la tunique moyenne de l'artère rompue et recoquevillée.

3° *L'adhérence n'est pas solide*, et cède facilement dès qu'on passe une bougie dans le canal.

---

fants affamés. Les lits m'ont semblé trop virginaux (1). L'odeur qu'il y a dans une chambre occupée par une nombreuse et pauvre famille manquant de tout, est une cruelle épreuve pour des narines délicates. L'odeur fade de cataplasme, mêlée à quelque chose d'impossible à définir, qui règne dans ces salles, est à peine moins désagréable. Dans la salle des femmes, je me suis trouvé encore plus incommodé. Elles sont toutes très tranquilles, très propres, s'interrogeant des yeux les unes les autres. Une d'elles, la figure dévastée, pâle, l'œil hagard, est réveillée, les lèvres écartées, les dents serrées, les mains décharnées, d'une blancheur de cire, presque de la même couleur que le drap sur lequel elles reposent. Les contours du corps se profilent sous la couverture ; on dirait un amas d'os. Elle ressemble à ces figures qu'on peut voir dans les chapelles latérales de Westminster, couchées sur la pierre des tombeaux (2).

La visite du jour est finie et on passe à la salle des cours, où le professeur va faire une leçon sur les cas qu'on a observés.

Avant de quitter la salle des hommes, il a murmuré quelque chose à l'oreille de l'infirmière. C'était pour ordonner à un malade de s'habiller et de descendre à la salle des cours. Le pauvre malheureux mit son pantalon et cette horrible robe de chambre que l'on donne dans presque tous les hôpitaux du monde, et vint devant le médecin. C'était un vieillard qui paraissait mal à son aise et très effrayé. Le médecin lui demanda son âge, son nom, sa profession, toutes questions auxquelles il répondit en tremblant comme s'il était sur un banc d'accusation. Je n'aurais pas du tout été surpris s'il s'était adressé à son interlocuteur en lui disant : « Mon président », ce qui est l'équivalent de « Mylord » ou « Votre Seigneurie ». Je n'entrerai pas dans les détails de son examen, qui ont nécessité de le mettre complètement nu (1). Mais qu'il me soit

(1) Il est à remarquer que ce qui suffoque principalement notre auteur, c'est la propreté !

(2) Ce spectacle navrant de la phtisique au dernier degré serait-il propre aux hôpitaux de Paris? Peut-être ne devrait-on recevoir que des gens bien portants pour qu'ils ne s'attristent point les uns les autres.

(1) Ceci diffère en effet beaucoup de la coutume anglaise, où le médecin découvre soigneusement dix centimètres carrés de la région

que difficulté — plaie anfractueuse, caillots sanguins, nécessité de nouveaux débridements, etc. — nous conseillons l'expectation. En un mot, dans la majorité des cas, l'incision périnéale doit constituer *à elle seule* la méthode périnéale.

Ces règles sont évidemment moins précises et moins simples que celles de l'urétrotomie externe d'emblée, dont M. Guyon s'est fait le brillant défenseur, et qu'il a posées comme règle unique, applicable à tous les cas : « Pratiquer l'urétrotomie externe, sans conducteur, telle est, dit l'éminent professeur, la conduite que j'engage à suivre, sans hésiter et *d'emblée*, en présence d'un cas grave de rétention traumatique ; telle est celle encore qu'il convient d'adopter en face des cas de moyenne gravité, pour peu qu'un mouvement fébrile, qu'un empâtement périnéal vous autorisent à soupçonner une infiltration urineuse commençante. Cette règle de conduite est-elle encore applicable, lorsqu'on se trouve en face d'une lésion urétrale périnéo-bulbaire, complétée de fracture du pubis, quand la violence, non épuisée sur les parties molles, a rompu le plan creux? Je crois pouvoir répondre par l'affirmative » (1).

Cette règle de conduite, vulgarisée par des maîtres et aujourd'hui presque consacrée par l'usage, n'est-elle pas trop absolue? L'urétrotomie externe *retardée* mérite-t-elle d'être ainsi proscrite et ne présente-t-elle pas certains avantages? Autant de questions sur lesquelles nous avons voulu attirer l'attention, et auxquelles peuvent seuls répondre les chirurgiens qui, comme M. Guyon, ont, pour le faire, une compétence et une autorité indiscutables. Nous nous demandons même si les partisans de l'urétrotomie externe d'emblée n'auraient pas un réel avantage à pratiquer une incision périnéale courbe, analogue à celle de la taille prérectale de Nélaton, qui donnerait beaucoup plus de champ et faciliterait la recherche du bout postérieur de l'urètre (V. observ. III)?

Puissions-nous, par ces quelques réflexions, rendre hommage à l'auteur cher et vénéré du traitement que nous préconisons, ainsi qu'au maître éminent, qui facilite chaque jour à ses élèves des recherches originales et personnelles, et n'exclut pas la discussion, pourvu qu'elle repose sur une base scientifique et honnête. Ce sera là notre excuse, et le seul mérite de ce travail.

(1) *Loc. cit.*, p. 186.

CLINIQUE MÉDICALE

De la splénalgie dans les fièvres intermittentes. — De l'importance de ce symptôme pour le diagnostic des fièvres paludéennes pernicieuses, des fièvres larvées et de celles à type régulier ou à formes anormales, par le docteur Paul Fabre (de Commentry).

Suite et fin. — Voir les numéros 33, 34 et 35.

Le docteur Duboué, qui plus que tout autre a insisté sur la douleur splénique dans la malaria, a recherché et a cru trouver dans ce symptôme l'explication de la nature des fièvres intermittentes qu'il s'efforce de rattacher aux névroses dans une page que je demande la permission de reproduire : « D'une part, dit M. Duboué, je soupçonnais bien que ces affections fussent des névroses, et je savais que cette opinion avait été soutenue par des auteurs très recommandables, et notamment M. Trousseau. Je savais, d'autre part, par l'expérience générale et par la mienne propre, combien les données symptomatiques fournies par la rate étaient précieuses, combien surtout elles étaient fréquentes et faciles à observer. Mais j'avais pu voir aussi, par une assez longue observation, que l'intumescence de la rate n'avait aucun rapport direct avec la douleur, dont cet organe était si fréquemment le siège, et je ne parvenais pas à trouver une explication plausible de ces symptômes.

« Or, voici comment j'ai été conduit, sans la rechercher, à une théorie plus large et plus complète des divers symptômes palustres.

« Quoique je regarde encore aujourd'hui la *douleur splénique* comme un des meilleurs et comme le plus constant des signes d'impaludisme, je dois déclarer cependant qu'au début de mes recherches, j'attachais à la constatation de ce signe une valeur un peu trop exclusive. Je reconnais même que j'ai été bien des fois dérouté par l'apparition capricieuse de ce symptôme. Ainsi, il m'est arrivé parfois d'observer des malades qui accusaient d'eux-mêmes cette douleur, et, quand je voulais la constater à l'aide d'une pression méthodique de la région splénique, je ne la trouvais pas. D'autres fois, j'étais positivement sûr de l'avoir constatée à un degré très évident,

permis d'exprimer une réflexion qui me vint à l'esprit : Si j'étais à marier, je ne me soucierais pas d'épouser une femme qui a parcouru les hôpitaux ! Je suis tout à fait de l'avis des autorités de l'hôpital allemand à Dalston (le seul dont j'aie une expérience pratique), qui veulent qu'il y ait des infirmiers masculins pour soigner les cas spéciaux.

Dr Francus.

(A suivre.)

Nomination. — Par arrêté préfectoral, en date du 21 août 1885, M. le docteur Duroziez est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la troisième circonscription du Ier arrondissement, en remplacement de M. le docteur Le Noir, décédé.

Le mandat de M. le docteur Duroziez expirera le 16 mars 1887.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 29 août 1885, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecins aide-majors de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

MM. Fauchon, Costilhes, Rogier, Valude, Carilian, Oursel, Milsonneau, Ballacey, Maréchal, Laffon.

— Par décret, en date du 31 août 1885, M. Chaluré a été promu, après concours, au grade de pharmacien-professeur de la marine.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 22 août 1885, M. Mathis (Jean-Emile) a été promu au grade de médecin principal de la marine.

***

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 28 août 1885, ont été confirmées les nominations ci-après, faites à titre provisoire, dans l'ordre de la Légion d'honneur, par le général commandant en chef le corps du Tonkin :

Au grade de chevalier. — MM. Mercier, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de zouaves ; Mangin, médecin de deuxième classe de la marine.

dite douloureuse par le malade. Nous pensons que la pratique française assure plus de précision au diagnostic.

et il m'arrivait de ne plus la retrouver chez les mêmes malades, quand je voulais la montrer à d'autres médecins. D'autres fois, en pratiquant l'examen comparatif des deux hypochondres, je trouvais la douleur plus forte à droite qu'à gauche; dans d'autres cas, enfin, je lui trouvais ce caractère de continuité et de fixité que j'avais cru devoir lui assigner dès le principe. De là une opposition qui se comprend bien, de la part de plusieurs de mes confrères, opposition salutaire qui m'a porté à observer mes malades avec plus de suite et à diverses reprises, et m'a forcé à mieux apprécier les vrais caractères de la douleur splénique. Or, j'ai acquis ainsi la ferme conviction que cette dernière avait tous les caractères *d'une véritable douleur névralgique : spontanée ou provocation par la pression, exacerbation ou continuité de la douleur, disparition momentanée suivie de retours subits de la douleur, etc.*

« Cette simple appréciation me donnait la clef d'une foule de symptômes obscurs, à savoir de la douleur du foie ou de l'épigastre, des intestins ou de l'utérus, etc., etc. Car, étant admis que la douleur de la rate fut une névralgie, il était naturel de supposer que cette même névralgie dût se montrer dans une multitude de branches du grand sympathique, de la même façon qu'elle se montre dans le plexus splénique. Il était permis d'admettre encore, sans forcer les analogies, que cette même sensibilité dût exister dans les divers rameaux sensitifs du grand sympathique, et qu'elle se révélerait à nous de la même manière, si on pouvait les explorer aussi aisément qu'on explore ceux du plexus splénique. On arrivait donc à démontrer, par une induction légitime, l'existence de *névralgies inconscientes* du grand sympathique, si pareille association de mots pouvait être faite. Il suit de là que, tout en restreignant la valeur séméiotique de la douleur de la rate, je gagnais, en compensation, la connaissance d'une foule d'autres symptômes équivalents; que je pouvais mieux interpréter la signification de douleurs de même nature, ayant leur siège dans d'autres organes (1) ».

Sans prétendre à de si hautes visées que M. Duboué, sans vouloir rechercher dans le fait de la splénalgie l'explication de la nature des maladies paludéennes, il me suffira d'avoir essayé de démontrer qu'il était d'une grande utilité pour le praticien d'explorer la rate au point de vue de la sensibilité de cet organe. Et je vais tâcher d'établir rapidement quelle est la valeur séméiologique de la splénalgie lorsqu'on la constate.

Valeur séméiologique de la splénalgie. En Pathologie Générale, on est forcé de reconnaître que la névralgie de la rate ou mieux la sensibilité de la région splénique a une valeur relative plutôt qu'une valeur absolue. La douleur de l'hypochondre gauche peut, en effet, exister aussi bien dans les maladies localisées à la rate que dans les maladies générales. Car les traumatismes, les contusions et les plaies de la rate présentent ordinairement une douleur de l'organe lésé. Les inflammations, les abcès de la rate, provoquent également de la douleur. Mais, dans ces cas, la douleur n'est pour ainsi dire qu'un symptôme direct de la lésion et ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire dans le diagnostic. Les traumatismes suivis ou non d'abcès s'accompagnent, en effet, de signes visibles qui suffiraient à caractériser nettement la nature du mal et la cause de la douleur. Dans une observation très intéressante

(1) Duboué. *De l'impaludisme*, p. 405-406.

de cachexie paludéenne suivie d'abcès de la rate qui entraîna la mort d'un soldat venant d'Algérie, un médecin aide-major de première classe, M. le docteur Villemin (1), a signalé l'existence d'une douleur qui était d'ailleurs concomitante avec un peu d'épanchement pleurétique à la base du thorax à gauche. « Le malade ressent, par intervalle, depuis assez longtemps, dans l'hypochondre gauche, dit M. Villemin, une douleur sourde s'irradiant parfois vers le côté correspondant du thorax et vivement réveillée par la pression ou la percussion de la rate. » Les ruptures de la rate peuvent, elles aussi, s'accompagner d'une douleur des plus vives. Mais ici, ainsi que l'ont fort bien fait ressortir M. le docteur Norman-Chevers, de Calcutta (2), et M. le docteur Pellereau, de l'île Maurice (3), les accidents morbides se succèdent avec une telle rapidité que le diagnostic n'a pour ainsi dire pas le temps d'être posé ; car ces ruptures de la rate, qui se produisent surtout dans les pays à fièvres endémiques, et chez des individus en proie à la cachexie palustre, à la suite d'une forte secousse de l'organe ou d'une chute sur la région splénique, sont on ne peut plus vite suivies de mort (4).

Il est une maladie générale des plus fréquentes, dans laquelle la douleur ou plutôt une sensibilité obtuse de la rate à la pression est à peu près constante au moins dès le début. Je veux parler de la fièvre typhoïde. Mais ici nous avons l'ensemble des autres symptômes, continuité de la fièvre, courbature et lassitude extrême, céphalalgie, abattement, épistaxis, ballonnement du ventre, taches lenticulaires et surtout douleur plus vive encore de la fosse iliaque droite à la pression, pour faciliter le diagnostic. Et cependant, il est de ces cas de fièvres pseudo-continues dont nous avons déjà parlé, s'accompagnant toujours, d'après M. Obédénare, de splénite et même de périsplénite qui pourraient donner le change et gêner le diagnostic. Mais la difficulté siège ici entre deux maladies générales, et la marche de la maladie, non plus que le traitement, ne sauraient être modifiés par un diagnostic sûr dès le premier moment.

La véritable valeur, en séméiologie, de la douleur de l'hypochondre gauche réside donc dans un autre groupe de maladies et des plus considérables, dans le groupe des maladies d'origine palustre.

Ici la splénalgie aura de l'importance en clinique jusqu'au jour, sans doute fort éloigné encore, où les recherches des Salisbury, des Tommasi-Crudeli, des Ecklund, des Laveran, auront germé et fructifié par les soins d'un Pasteur de l'impaludisme, jusqu'au jour où il sera permis à nos arrière-neveux

(1) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1880, p. 457 et suiv.

(2) *Manual of medical jurisprudence in India*, 1870, p. 457.

(3) ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, mars 1882, p. 223.

(4) Dans l'espace de deux ans et demi, M. Pellereau, médecin de la police à l'île Maurice, sur cinquante-quatre cas de mort subite, en a vu treize occasionnés par une rupture de la rate. La mort survient toujours par hémorrhagie, laquelle se produit soit petit à petit, soit en masse, selon les dimensions et le siège de déchirure. D'après M. Pellereau, aussitôt que la rupture a eu lieu, le sujet ressent une vive douleur, pâlit, ses yeux se voilent, ses extrémités se refroidissent et son corps se recouvre d'une transpiration abondante et visqueuse. Parfois, il survient des vomissements, ou bien il y a de l'incontinence d'urine ou des selles involontaires et même émission de sperme, perte de connaissance, et mort au bout de quelques minutes, et, exceptionnellement, au bout de quelques jours. M. Pellereau n'a cité qu'un seul cas où une péritonite a eu le temps de se développer.

de pouvoir constater la présence des corpuscules paludéens dans un organisme aussitôt après qu'ils y auront pénétré.

Mais cela est le rêve, l'idéal de l'avenir. Puisse cet idéal ne pas rester à l'état d'utopie.

En attendant que ces espérances deviennent des réalités, force nous est de tenir compte, dans tous les cas de fièvre qu'on peut soupçonner être de nature palustre, de la sensibilité de la région splénique.

La splénalgie dans l'impaludisme peut être spontanée, mais, le plus souvent, c'est la palpation ou la pression de l'hypochondre gauche qui la révèle. Il est bien rare que ce symptôme, quand il existe, soit accusé spontanément par le malade; presque toujours le médecin est obligé, pour découvrir la splénalgie, de la rechercher par l'exploration de la rate.

I. *Importance de la splénalgie dans les cas de fièvre pernicieuse.* — Ici la splénalgie peut à elle seule et dès un premier accès indiquer au médecin la nature de la fièvre. On voit, sans qu'il soit besoin d'insister, quel rôle important la constatation de la douleur splénique peut jouer dans les accès pernicieux. En révélant dès le début au médecin le caractère paludéen d'un état fébrile, elle dicte en quelque sorte le traitement et peut sauver la vie d'un malade.

II. *La splénalgie dans les cas de fièvres intermittentes à type irrégulier.* — La constatation de la douleur splénique peut servir encore à fixer le diagnostic dans les cas de fièvre palustre à type irrégulier. On en a vu un exemple par ma première observation où les accès allaient retardant et variant tous les jours.

III. *Splénalgie dans les formes anormales d'impaludisme.* — Elle peut surtout servir à faire connaître la nature maremmatique d'accidents morbides les plus divers, dans les cas de fièvres dites anomales. J'ai cité déjà dans ma deuxième observation un exemple de fièvre se manifestant sous forme de poussées congestives vers le poumon. En voici un autre cas que je vais résumer.

Obs. VI. — *Accès quotidiens de fièvre accompagnés de toux. — Splénalgie. — Sulfate de quinine. — Interruption trop rapide du traitement. — Réapparition des accidents fébriles et respiratoires. — Nouvelles doses de quinine. — Guérison.*

La femme de C... (Louis), cultivateur dans la commune de Durdat, âgée de 28 ans, a eu cinq enfants, dont deux seulement ont survécu. Le dernier accouchement fut gémellaire et remonte à trois ans; les deux enfants étaient mort-nés.

Le 20 février 1881, elle vient me trouver croyant être enceinte d'environ six semaines. Cette femme a eu à peu près régulièrement, me dit-elle, toute la semaine, des accès de toux, de fièvre et de fatigue vers une ou deux heures du soir. La région splénique est douloureuse spontanément et la douleur est beaucoup plus vive au toucher, à la palpation, à la percussion, et principalement à la pression. Elle se plaint surtout de tousser beaucoup depuis une huitaine de jours. A l'auscultation, je constate, en effet, disséminés dans toute la poitrine, des râles de bronchite, sibilants et ronflants, et même muqueux.

Le pouls, à quatre heures du soir, bat de 108 à 112 fois par minute. Le facies est rouge, marbré. La région hépatique est un peu douloureuse à la pression. Je conseille : 1° l'application d'un vésicatoire de 0m,12 de long sur 0m,09 de large à appliquer sur l'hypochondre gauche, au niveau de la rate; 2° un purgatif avec 60 grammes de citrate de magnésie; 3° comme fébrifuge, 1 gr. 50 de sulfate de quinine en quinze paquets (pour trois jours), à prendre à quatre heures d'intervalle; 4° tisane de fleurs de tussilage; 5° un mélange d'oxymel scillitique, de sirop de tolu et de sirop de capillaire (50 grammes de chaque) pour édulcorer la tisane.

La semaine suivante, le 27, Mme C... revenait, se trouvant bien mieux. A partir du 22 et surtout du 23, elle avait espéré qu'elle achèverait de guérir sans avoir besoin d'autres médicaments. Cependant, dès le 25, la toux et la fièvre reparaissaient marquées surtout vers onze heures du matin; puis, le soir, la malade redevint calme et se crut décidément guérie.

Mais le lendemain, vers la même heure, la fièvre recommença plus intense et précédée d'un frisson de cinq à dix minutes. En même temps, de l'oppression et une toux fréquente gênèrent la malade toute la journée. Dès le matin du 27 février, elle revenait me trouver; la région splénique est encore douloureuse à la pression. Le pouls n'est qu'à 92. Les râles de bronchite sont plus rares que la dernière semaine. La malade se trouve mieux que la veille, mais, prévenu par les accidents des deux jours précédents, je conseille l'ingestion de 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en vingt paquets, à quatre heures d'intervalle, en quatre jours.

Le 6 mars, je revoyais ma malade guérie; elle ne toussait plus et n'avait eu, après son accès attendu du 27, qu'un petit accès de fièvre et de toux dans l'après-midi du 28.

IV. *La splénalgie dans les cas de fièvre larvée.* — La douleur de l'hypochondre gauche peut servir aussi et très souvent à faire le diagnostic des fièvres larvées. J'ai eu l'occasion de voir des torticolis revenant périodiquement, des rhumatismes musculaires de diverses parties du corps, des entéralgies reparaissant à l'heure fixe et guéris par de petites doses de sulfate de quinine. Malheureusement je n'ai pas souvenir d'avoir recherché la douleur splénique dans ces cas. Mais, en revanche, je puis citer un fait de névralgie trifaciale revenant depuis deux semaines, tous les jours à la même heure, qui était accompagné de splénalgie et que la quinine a fait disparaître en deux jours.

Obs. VII. — *Fièvre intermittente larvée. — Névralgie trifaciale. — Splénalgie. — Quinine. — Guérison.*

Le 22 janvier 1879, je recevais à ma consultation la femme de G... (Henri), demeurant à Chamblet, mère de cinq enfants, dont le dernier est âgé de 2 ans. La femme G... a fait 7 allaitements, ayant nourri deux enfants étrangers. Depuis une quinzaine de jours, elle souffre d'une névralgie à la face du côté droit, névralgie qui devient de plus en plus atroce et qui lui avait semblé provenir d'une carie dentaire. Elle s'est fait enlever trois molaires dans huit jours et, loin d'être calmées, ses douleurs vont augmentant d'intensité. C'est surtout dans l'après-midi, à partir de trois heures ou trois heures et demie, que la douleur devient intolérable. Cette femme est très anémique; elle est leucorrhéique et manque d'appétit. Elle a des douleurs à l'épigastre. Le pouls, à neuf heures et demie du matin, bat 96 à 100 fois par minute. Il n'y a rien au cœur, mais la région de la rate est fort douloureuse à la pression. Sur mes questions, la malade me dit ressentir de légers frissons tous les jours, vers deux à trois heures du soir. Je prescris des pilules ainsi formulées :

R. — Valérianate de quinine.... 2 grammes.
Extrait gommeux d'opium. 0 gr. 20.

F. s. a. — 20 pilules à prendre de quatre heures en quatre heures.

En même temps, je conseille pour chaque jour : 80 grammes de vin de gentiane, une cuillerée d'huile de foie de morue et quatre pilules de Vallet; à l'épigastre, où la malade souffre beaucoup, je fais mettre un emplâtre de ciguë de 0m12 de diamètre.

Le 26, je revoyais ma malade, qui se croyait guérie depuis deux jours. La région splénique n'était plus douloureuse. Je prescrivis

15 autres pilules à prendre en cinq jours et surtout du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

V. *La splénalgie dans la cachexie paludéenne.* — La sensibilité et la douleur à la pression de la région splénique ne se constatent pas que dans les accès de fièvre intermittente; elles peuvent exister aussi dans les cas de cachexie paludéenne. Alors elles coïncident toujours avec un certain degré marqué d'hypertrophie de la rate, quelquefois même avec un peu d'induration de cet organe. J'ai eu à diverses reprises l'occasion de noter cette coexistence. Je me contenterai de citer l'exemple suivant.

OBS. VIII. — *Cachexie paludéenne.—Leucocythémie — Splénalgie. — Iodure de potassium.—Ferrugineux.— Sulfate de quinine. — Vésicatoire sur la région splénique.— Guérison.*

L'enfant de N... (Louis), ouvrier mineur, demeurant près de Commentry, est âgé de 10 ans et demi, en octobre 1880. Il avait eu, dès l'âge de 2 ans, des fièvres intermittentes qui reparurent à de nombreuses reprises durant tantôt quinze jours, tantôt un mois, tantôt davantage. Parfois, et le plus souvent, les accès étaient quotidiens; quelquefois la fièvre affectait le type tierce. Quoi qu'il en soit, dès le premier jour où l'on m'amena cet enfant, je constatai qu'il était anémique à un degré marqué. Je fis l'examen microscopique de son sang au compte-globules (système Malassez et Potain), et je ne comptai que 3,200,000 globules par millimètre cube, au lieu de quatre à cinq millions, qui représentent la normale. Par contre, le chiffre des leucocytes était notablement augmenté; j'en trouvai environ deux fois plus qu'à l'état physiologique (il y avait un globule incolore pour 210 à 230 hématies). Les amygdales étaient très volumineuses; les ganglions du cou engorgés. La rate, indurée et hypertrophiée (elle débordait de trois travers de doigt les fausses côtes), était fort douloureuse à la pression. La coloration de la peau était blafarde et, à la face et aux mains, tachetée de plaques brunes et pigmentées. Il y avait un bruit de souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou. Je prescrivis le sirop suivant, à prendre par cuillerée à bouche deux fois par jour avant les repas:

R. Iodure de potassium.........	8	grammes.
Citrate de fer ammoniacal....	4	—
Teinture de cannelle........	16	—
Sirop d'écorces d'oranges....	250	—
Sirop de Tolu...............	250	—

F. s. a.

En outre, j'eus recours au sulfate de quinine, à raison de 0 gr. 30 par jour, et, sur la région splénique, je fis appliquer un large vésicatoire de 0m12 de diamètre.

Une douzaine de jours après (le 20 octobre), la douleur de l'hypochondre gauche était presque nulle. La rate dépassait à peine de trois centimètres les fausses côtes. Les bruits de souffle du cœur et du cou étaient disparus. Je fis renouveler le sirop et conseillai de continuer encore une quinzaine de jours l'usage du sulfate de quinine, dont on devait réduire la dose quotidienne à 20 centigr. les cinq derniers jours.

A la date du 4 novembre, l'état du fils N... était des plus satisfaisants. Je me contentai de lui ordonner du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

On le voit donc, quelle que soit la forme qu'affecte l'intoxication paludéenne, la douleur de la région splénique, soit spontanée, soit provoquée par une légère pression, peut être d'un puissant secours pour guider le diagnostic et, par contre, pour dicter le traitement. Nous croyons avoir démontré maintenant la valeur séméiologique de la splénalgie, en nous efforçant de ne pas en exagérer la valeur. Car, nous ne saurions trop le répéter, la sensibilité de la région splénique ne s'observe pas dans tous les cas d'impaludisme; mais, lorsqu'on la rencontre, elle a une très grande valeur. En cherchant à communiquer aux praticiens l'idée d'explorer la sensibilité de l'hypochondre gauche, en leur montrant combien cette exploration est rapide et facile, et de quel secours elle pourra leur être dans certains cas, nous n'avons voulu que remplir un rôle d'éclaireur et d'avertisseur. Puissions-nous avoir réalisé nos espérances en justifiant notre modeste ambition: être utile à nos confrères en soulageant les malades.

CONCLUSIONS. — 1o La douleur à la pression de la région splénique est un signe précieux dans les cas de fièvre pernicieuse.

2o Ce signe a également de l'importance dans les formes anormales de malaria et dans les fièvres à type irrégulier.

3o Il peut aussi servir à reconnaître les fièvres larvées.

4o La splénalgie provoquée est loin d'être observée dans tous les cas de fièvre intermittente. Mais cette douleur peut, au point de vue séméiologique, avoir une valeur très sérieuse quand on la rencontre. Toutefois, son absence ne saurait autoriser le praticien à nier la nature paludéenne de tels ou tels accidents morbides.

5o La sensibilité splénique peut exister au début des fièvres typhoïdes et coïncider avec un certain degré de congestion de la rate.

6o La douleur spontanée est bien plus rare que la douleur provoquée par la palpation, la percussion, et surtout par la pression de l'hypochondre gauche.

7o Cette douleur semble être plus marquée au commencement de l'accès, et paraît concorder avec l'afflux du sang dans la rate.

8o Je n'ai jamais constaté d'irradiation douloureuse vers l'épaule gauche.

9o La rate peut aussi être douloureuse à la pression dans les cas de cachexie paludéenne avec hypertrophie persistante, mais ce fait est bien plus exceptionnel que dans les cas d'abcès.

10o L'emploi du sulfate de quinine est nettement indiqué toutes les fois que l'on constate de la splénalgie. Il est donc nécessaire que les praticiens aient présente à l'esprit la possibilité de ce phénomène, dont l'existence peut, non seulement éclairer et même faire entièrement le diagnostic, mais aussi, et surtout, guider dans l'institution du traitement.

Tel est le but principal de ma communication d'avoir, sans prétendre à une grande originalité, cherché à appeler l'attention de mes confrères sur un signe d'impaludisme fort utile à connaître. Une pression légère exercée comparativement à droite et à gauche peut mettre facilement en évidence la nature paludéenne d'un état morbide inconnu encore. La simulation est difficile, et le diagnostic, comme le traitement, sont singulièrement facilités par la constatation d'une douleur localisée à l'hypochondre gauche.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Diphtérie.

I. SUR LES RELATIONS DU PHÉNOMÈNE DU GENOU AVEC LA DIPHTÉRIE ET LES AFFECTIONS CONSÉCUTIVES, par le professeur M. BERNHARDT (1). — II. UN CAS DE PARALYSIE DE TOUS LES MUSCLES DE L'ŒIL CONSÉCUTIVE A UNE DIPHTÉRIE PHARYNGÉE, par le docteur W. UHTHOFF (2). — III. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PARALYSIES DIPHTÉRITIQUES, par M. E. MENDEL (3). — IV. OBSERVATIONS CLINIQUES CONCERNANT LA DIPHTÉRIE, par le docteur STUMPF (4). — V. OBSERVATIONS DE LA DIPHTÉRIE, par le docteur SIGEL (5). — INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. M. BERNHARDT a recherché l'état du phénomène du genou ou réflexe patellaire, dans 21 cas de diphtérie, immédiatement au sortir de la période d'état. Sept fois le soulèvement de la jambe, provoqué par la brusque percussion du tendon rotulien, était facile à obtenir des deux côtés; chez un huitième malade, le phénomène du genou était aboli d'un côté; chez les treize autres, il a manqué des deux côtés pendant la période de temps qui s'écoula de la quatrième à la vingtième semaine après le début de la diphtérie. En se basant sur les résultats de ces recherches et sur un certain nombre d'observations publiées antérieurement par d'autres auteurs, M. Bernhardt se croit autorisé à conclure : que chez un grand nombre de sujets convalescents de la diphtérie (pharyngée), le phénomène du genou est aboli. Il n'est pas encore possible de décider si cette abolition, qu'on est convenu de désigner sous le nom de « *signe de Westphal* », est constante. Lorsqu'elle existe, elle se manifeste habituellement de six à huit semaines après le début de la diphtérie, parfois plus tôt (de la troisième à la quatrième semaine); ce n'est que beaucoup plus tard, au bout de cinq ou six mois, que le phénomène du genou peut de nouveau être reproduit. En général, il commence par disparaître et par réapparaître d'un côté d'abord. Les modifications du réflexe patellaire ne peuvent, bien entendu, être constatées que dans les cas où la diphtérie n'entraîne pas à sa suite une paralysie des muscles innervés par le nerf crural, du quadriceps fémoral en particulier.

M. Bernhardt rappelle que des symptômes d'incoordination motrice s'observent quelquefois pendant la convalescence; mais cette ataxie post-diphtéritique peut exister sans que le phénomène du genou soit aboli et réciproquement. De ce que l'abolition du phénomène du genou est si fréquente pendant la convalescence de la diphtérie, il faut, dit Bernhardt, conclure que la portion des centres nerveux qui intervient dans la production de ce phénomène est tout particulièrement sensible à l'action du virus diphtéritique, et comme le signe de Westphal est toujours assez prompt à disparaître dans ces circonstances, il y a lieu de le rapporter à des lésions essentiellement légères et réparables.

II. M. UHTHOFF relate une observation qu'il considère comme unique en son genre. Elle est relative à un garçon de dix ans, de bonne constitution, qui fut pris de troubles de la vue quinze jours après avoir eu une diphtérie pharyngée. C'est seulement au bout de trois semaines que le malade fut examiné par le médecin. Celui-ci constata l'existence d'une paralysie de l'accomodation des deux côtés, avec intégrité de la réaction pupillaire. A ce moment, tous les muscles de l'œil fonctionnaient bien. Quatre semaines plus tard, l'œil droit était frappé d'une ophtalmoplégie externe complète. A gauche, même état, si ce n'est que le droit externe conservait encore un peu de sa motilité. Des deux côtés, il y avait du ptosis. Avec celà, une diplopie croisée; abolition de tout mouvement de convergence des globes oculaires. Les pupilles réagissaient bien contre les impressions de lumière. Les membres inférieurs étaient frappés de parésie, avec ataxie du mouvement. Abolition du phénomène du genou des deux côtés.

Une amélioration se manifesta dans la sixième semaine de la convalescence; cette amélioration alla en progressant, et peu à peu les mouvements accessoires des deux yeux se rétablirent dans l'ordre suivant : d'abord à droite, puis à gauche, en haut et en bas; c'est-à-dire que le rétablissement fonctionnel ne se fit pas simultanément dans les muscles innervés par un même nerf. Cette circonstance et la conservation des mouvements pupillaires portent l'auteur à admettre que la cause de cette paralysie de tous les muscles de l'œil était d'origine centrale. La guérison était complète au bout de quatre mois.

M. Uthoff rappelle que Knapp (ARCHIV FÜR AUGENHEILKUNDE, 1880, t. IX, p. 229) a observé un premier cas d'ophtalmoplégie externe double, survenue à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone. La paralysie des muscles de l'œil se dissipa spontanément en l'espace de deux mois.

III. M. MENDEL a publié une observation analogue, complétée par un examen nécroscopique : il s'agit d'un garçon de 8 ans, qui avait eu une diphtérie pharyngée de gravité moyenne. Dans les premiers jours de la convalescence, il fut pris d'une paralysie du voile du palais. Au bout de six semaines environ, presque tous les muscles de l'œil, des deux côtés, étaient paralysés, sans qu'il en résultât des troubles de l'accomodation, ni rétrécissement du champ visuel. Il existait en outre une paralysie des muscles de la nuque; la paralysie du voile du palais subsistait; avec celà, une paralysie du facial à droite. A noter que de ce même côté, les autres phénomènes paralytiques étaient plus prononcés qu'à gauche. Incoordination motrice aux membres supérieurs et inférieurs; abolition du phénomène du genou des deux côtés. La sensibilité était normale, sauf une légère hyperesthésie aux membres inférieurs. Le petit malade succomba avec les symptômes d'une paralysie de la fonction respiratoire.

L'examen de l'isthme de l'encéphale, depuis les tubercules quadrijumeaux jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, fit découvrir une réplétion sanguine exagérée des petites artères et des capillaires, avec hémorrhagies capillaires situées en partie sur le trajet des racines nerveuses qui cheminent à ce niveau. Les noyaux d'origine des nerfs craniens présentaient d'ailleurs une structure normale. Par contre, quelques troncs émergents, en particulier les deux oculo-moteurs, portaient les traces d'une névrite interstitielle et parenchymateuse plus accusée à droite qu'à gauche : dans un certain nombre de gaines de myéline, on ne distinguait plus de cylindéraxis; là où ils subsistaient, les cylinderaxis présentaient de grandes variations d'épaisseur. Entre les fibrilles nerveuses,

(1) VIRCHOW'S ARCHIV, t. IC, fasc. 3, p. 393, 1885.
(2) NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1885, n° 6, p. 125.
(3) Ibidem, p. 128.
(4) DEUT. ARCHIV FÜR KLIN MEDICIN., t. XXXVI, fasc. 1 et 2, p. 40, 1885.
(5) ARCHIV FÜR KINDERHEILKUNDE, t. IV, fasc. 1.

on découvrait des amas informes, irréguliers, au sein desquels on ne pouvait reconnaître ni la configuration de gaines de myéline, ni celle de cylinderaxis. Enfin, sur certains pointe, les noyaux de l'endonèvre avaient considérablement proliféré, et on découvrait également de grosses cellules à noyau fortement granuleux.

Donc, fait remarquer l'auteur, en dehors de l'intérêt qui s'attache à ce fait en tant qu'il réalise un nouvel exemple de paralysie double de toue les muscles des globes oculaires, il y a encore celui qui découle des constatations anatomo-pathologiques. Jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre, on considérait les paralysies post-diphtériques comme étant de l'ordre des manifestations pathologiques *sine materià*. Dans les vingt dernières années, on a publié un grand nombre de faits qui contredisent cette manière de voir. Mais on n'est point encore d'accord sur la nature des lésions dont relèvent les paralysies diphtéritiques. Pour Charcot, Lorain et Lépine, Lionville, Leyden (ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. I. p. 406, et CHARITÉ-ANNALEN, t. V, p. 206), Meyer (VIRCHOW'S ARCHIV, t. LXXXV, p. 214), ces lésions intéressent des nerfs périphériques. D'autres, en tête desquels se place Déjerine (ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, 1878, p. 107), placent la cause première des paralysies diphtériques dans une inflammation de la substance grise centrale, qui peut entraîner consécutivement une névrite périphérique. D'autres (Buhl, Oertel, Maier, Klebs, Damaschino et Roger, Landouzi) ont incriminé des lésions vasculaires, avec ou sans intervention de microbes. Dans le cas de Mendel, il y avait à la fois : des hémorrhagies capillaires dans les centres nerveux et sur le trajet des nerfs périphériques, des lésions d'une névrite, parenchymateuse et interstitielle, dont le caractère primitif ne faisait pas doute. Cette névrite serait, euivant Mendel, une conséquence directe de l'action du virus diphtéritique sur les nerfs. On s'expliquerait ainsi pourquoi le voile du palais, dont les ramifications nerveuses plongent en quelque sorte directement dans le foyer diphtéritique, est si souvent frappé de paralysie. A ce propos, M. Mendel rappelle que, dans une observation de Küssmaul, mentionnée par Meier (*loc. cit.*, p. 220), une diphtérie de la plaie ombilicale, chez un nouveau-né, se compliqua d'accidents de paralysie motrice qui intéressèrent en premier lieu les muscles abdominaux.

Quant aux paralysies post-diphtéritiques à localisation hémiplégique, avec accidents apoplectiformes, modalité rare, dont l'auteur a cependant observé trois exemples, elles sont, d'après lui, exclusivement imputables à des lésions vasculaires. Dans les trois cas, l'hémiplégie était purement motrice; deux fois, elle siégeait à gauche, une fois à droite ; elle intéressait les deux membres du même côté et le facial. Elle s'était développée subitement, sans prodromes, sans s'accompagner de perte de connaissance. Toutes les présomptions étaient en faveur d'une embolie ou d'une hémorrhagie en foyer. Et en effet, dans l'un de ces trois cas, qui se termina par la mort, on trouva, à l'autopsie, un foyer hémorrhagique du volume d'une cerise, qui avait détruit le segment interne du noyau lenticulaire et la portion attenante de la capsule interne.

IV. Dans un mémoire substantiel, M. STUMPF fait connaître les résultats d'une pratique médicale de douze ans, relatifs à la diphtérie. Ces résultats de son observation personnelle, l'auteur les a résumés dans les propositions suivantes :

La diphtérie du pharynx, des fosses nasales, du vagin, de la conjonctive et, d'une façon générale, de toutes les muqueuses accessibles à l'air extérieur, est d'abord une affection purement locale qui, dans le cours de son évolution, peut aboutir à une infection générale de l'organisme.

De là on peut conclure *à priori* que seul le traitement local, dirigé contre le foyer morbide originel, sera conforme aux exigences scientifiques de la thérapeutique moderne.

Tout ce que l'on peut faire dans cette voie sera obtenu par la désinfection locale du foyer d'invasion, pratiquée suivant les principes de Lister; la méthode des inhalations se prête le mieux à remplir cette indication. Nous ne connaissons pas de remède contre l'infection générale de l'organisme par le virus diphtéritique.

V. Les observations de diphtérie relevées par M. SIGEL l'ont conduit à conclure : que la diphtérie est une affection dont la nature nous échappe ; que l'angine diphtéroïde ne doit pas être confondue avec la diphtérie ; que la scrofule et les autres anomalies de la nutrition prédisposent à la diphtérie en entraînant une hypertrophie des amygdales ; qu'une première atteinte de diphtérie confère l'immunité contre cette affection.

En ce qui concerne la thérapeutique, M. Sigel insiste sur la nécessité de l'isolement rigoureux des malades ; sur les dangers des médications locales perturbatrices ; sur l'inefficacité de la plupart des remèdes vantés à titre de spécifiques. M. Sigel a vu cependant l'administration interne de la térébenthine réussir, dans bon nombre de cas, à diminuer la fièvre et à imprimer une modification salutaire au processus local.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

I. Observations concernant le traitement de la diphtérie, par le docteur DEMLOW (ALLGEMEINE MEDIC. CENTRALZEITUNG, 1885, n° 5). — L'auteur préconise l'administration interne de l'essence de térébenthine.

II. Sur la chinoline et son emploi dans le traitement de la diphtérie, par le docteur DONATH (WIENER MEDIC. PRESSE, 1885, n° 3).

III. Sur le traitement de la diphtérie, par BONSNORFF (ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. VIII, fasc. 5, p. 423).—Traitement, infaillible selon l'auteur, basé principalement sur l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent.

IV. L'eau oxygénée dans le traitement de la diphtérie, par VOGELSANG (MEMORABILIEN, 1885, fasc. 3).

V. Strychnine dans le traitement des paralysies diphtéritiques, par REINHARD (DEUTSCHE MEDIZINAL. ZEITUNG, 1885, n° 19).

VI. Anomalies dans la distribution vasculaire, importantes à connaître pour la trachéotomie supérieure, par M. C. KAUFMANN (DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR CHIRURGIE, t XXI, fasc. 3 et 4, p. 366).

VII. De la broncho-pneumonie dans la diphtérie, par M. DARIER, Paris, 1885 (sera analysé dans la *Revue des thèses*).

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYRODIENNE, par M. le docteur NOËL CASTAGNÉ.

Cette opération est loin d'être nouvelle, puisqu'on peut en faire remonter l'invention à Vicq-d'Azir ; cependant elle a été

peu pratiquée jusqu'ici, puisque l'auteur n'a pu en recueillir que 23 observations (dont 3 inédites). C'est M. Krishaber qui réhabilita l'opération dans un mémoire publié en 1878, et sur lequel M. Nicaise fit un rapport favorable à la Société de chirurgie. L'auteur insiste sur les dangers que la trachéotomie offre chez l'adulte, qui consistent surtout dans la fréquence et la gravité des hémorrhagies. Le manuel opératoire de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, tel que le décrit M. Castagné, d'après MM. Krishaber, Nicaise, Richelot, met à l'abri de cet accident. On n'a, en effet, à redouter que la section de la petite artère cricoïdienne qu'il est aisé d'éviter. Le point de repère principal, saillie du tubercule médian du thyroïde, est facile à trouver ; le larynx immobilisé, on arrive rapidement sur la membrane dans un premier temps, et on l'incise verticalement dans le second. L'espace ainsi divisé est suffisant pour introduire une canule de Krishaber.

Si le nombre restreint des observations ne suffit pas pour porter un jugement définitif sur cette opération, nous croyons cependant qu'elle n'est pas passible des objections qu'on a répétées souvent; l'ulcération de la paroi postérieure du larynx est impossible, car le bec de la canule ne s'y applique pas : l'espace entre les deux cartilages n'est pas toujours suffisant, il est vrai, pour faire pénétrer la canule; une section du cartilage cricoïde peut être faite alors sans le moindre inconvénient et a toujours permis de terminer l'opération. Quant à la crainte qu'on peut concevoir de léser les cordes vocales, nous ferons remarquer avec M. Castagné que celles-ci sont à 7 millimètres au-dessus du bord inférieur du thyroïde et qu'elles ne peuvent être atteintes par le traumatisme. Cependant, les résultats des opérations peu nombreuses pratiquées jusqu'à présent ne sont pas assez concluants pour permettre d'affirmer, chez l'adulte, la supériorité de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sur la trachéotomie.

Dr E. Desnos.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille et a Toulon. — La décroissance de l'épidémie cholérique à Marseille, s'est maintenue pendant le dernier septenaire, ainsi qu'il en résulte de l'examen des chiffres suivants, publiés par la municipalité de cette ville :

28 août	65 décès.	28 cholériques.
29 —	67 —	27 —
30 —	67 —	24 —
31 —	52 —	28 —
1er sept.	55 —	25 —
2 —	45 —	20 —
3 —	54 —	12 —

A Toulon, la situation continue d'être grave. Le nombre des décès reste stationnaire, malgré la diminution considérable de la population. A la date du 3 septembre, 34 malades restaient en traitement dans les hospices civils et 100 à l'hôpital Saint-Mandrier. Le ministre de l'intérieur vient de partir pour Toulon, afin de se rendre compte par lui même des mesures prises par les autorités du Var.

— Le choléra en Espagne. — Les dernières nouvelles reçues d'Espagne signalent une diminution considérable des ravages du choléra; le nombre des cas d'invasion a diminué en moyenne de 300 par jour, et celui des décès de 100.

— M. le docteur David est parti pour Constantinople, chargé d'une mission touchant la police sanitaire internationale.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Lucotte et Bonnet, médecins militaires, victimes du choléra au Tonkin.

Faculté de médecine de Paris. — Sont nommés pour deux ans :

Chefs de clinique médicale. — MM. les docteurs Siredey, chargé desdites fonctions pendant l'année scolaire 1884-1885 ; — Capitan, en remplacement de M. Mathieu, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale. — MM. les docteurs Duplein et Martinet.

Chefs de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ménard, en remplacement de M. Routier, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ozenne.

Chef de clinique des maladies du système nerveux. — M. le docteur Babinski, en remplacement de M. Marie, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. Lutz, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

Faculté de médecine de Lyon. — Le 29 octobre 1885, il sera ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon des concours pour la nomination à quatre places de chef de clinique (médecine, 1 ; chirurgie, 1 ; obstétrique, 1 ; ophthalmologie, 1).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Guinier (Auguste-François-Marie) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Gerbaut, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Saussol (Adrien-Jean) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Jobard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Vassy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

149. M. Bogdon. De l'avantage et de l'emploi de l'iodoforme comme suppositoire utérin. — 150. M. Fernand-Robert. — De quelques accidents septiques dus à la présence des corps fibreux de l'utérus. — 151. M. Didier-Placé. De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale. — 152. M. Chéron. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, sa valeur séméiologique. — 153. M. Bessières. Fractures du cartilage du larynx. — 154. M. Chatard. Cure radicale des hernies par les méthodes directes. — 155. M. Celles. Du rhumatisme articulaire pendant l'état puerpéral. — 156. M. Vercier. De la goutte saturnine. — 157. M. Guégan. Sur plusieurs cas d'empoisonnement survenus à la suite d'indigestion de conserves alimentaires altérées. — 158. M. Delcasse. Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance. — 159. M. Blaise. De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. — 160. M. Mastringhem. Des collections purulentes et des fistules bi-latérales de la région anale. — 161. M. Sapelier. Etude sur le sulfure de carbone. — 162. M. Ricard. Contribution à l'étude des concrétions calcaires et phosphatiques de la vésicule biliaire.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 23 au samedi 29 aout 1885.

Fièvre typhoïde 36. — Variole 4. — Rougeole 14. — Scarlatine 4. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 15. — Choléra 0. — Dysentérie 3. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 26. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 54 — Malformation et débilité des âges extrêmes 34. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 92. — au sein et mixte 40. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 73. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 52 — de l'appareil génito-urinaire 15. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 949 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité du diabète, par le professeur Fr.-Th. Frerichs, traduction et préface par le docteur Luhanski, médecin-major de première classe. Un volume grand in-8 de 279 pages, avec figures et 5 planches chromo-lithographiées. —Prix : 12 fr. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Index bibliographique de la presse et de la librairie médicales. Un gros volume in-8 paraissant tous les ans ou par livraisons, au choix des souscripteurs. — Cet Index forme un répertoire général, par ordre alphabétique des matières, des travaux contenus dans les journaux médicaux français et étrangers de chaque année, à partir de 1883, et une liste complète des ouvrages parus en France, classés alphabétiquement par noms d'auteurs et de matières. — Prix : 20 fr. — Paris, administration et rédaction, 6, place Saint-Michel.

Les microbes pathogènes. Leçons professées à la Faculté de médecine de Bordeaux par le docteur Artigalas. Un vol. in-8, avec 6 planches. — Prix : 6 fr. — Paris, librairie G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Vient de paraître chez Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie : *Essai sur la chirurgie du poumon, dans les affections non traumatiques* (pneumectomie, pneumotomie, injections intra-pulmonaires), par le docteur H. Truc, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital Lourcine, etc., 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nouveau manuel de la garde-malade à l'usage des mères de famille, des institutrices, des infirmières, etc., par le docteur Bérellon, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. — N° 37 — 12 SEPTEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — TRAITEMENT. — Leçon de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux (1).

Messieurs,

Je me propose aujourd'hui de vous parler du traitement des cystites; c'est la dernière partie de leur histoire, que vous ne pourrez étudier utilement qu'en vous basant sur les notions précédemment acquises sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et les symptômes de ces affections. Il semble, en lisant dans les traités une longue énumération de moyens thérapeutiques, que l'on soit armé de bien des façons pour combattre la cystite; mais cette richesse masque une grande pauvreté, et bien peu d'agents, même parmi les plus vantés, ont une efficacité réelle.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 avril, 18 et 25 juillet 1885.

Les premières indications de l'emploi des moyens thérapeutiques vous seront fournies par l'étude des causes, et ensuite il vous faudra faire le diagnostic du siège, de l'acuité, de l'étendue de l'inflammation. Vous aurez toujours présent à l'esprit ce fait qui relève de l'observation clinique, c'est qu'on ne meurt pas d'une cystite, mais qu'on succombe à ses complications. Aussi rechercherez-vous d'une façon patiente et minutieuse les moindres élévations de température, non seulement avant d'appliquer le traitement, mais pendant toute sa durée. Ainsi envisagé, votre rôle consiste à prévenir, à combattre et à démasquer les complications. Pour cela, c'est le thermomètre qui sera votre principal guide.

La thérapeutique vous offre des agents médicaux et des agents chirurgicaux. Ceux-ci comprennent les moyens que l'on applique directement sur les parois vésicales, par l'urètre le plus souvent. Je vous ferai néanmoins remarquer que les moyens d'ordre médical n'agissent pas moins directement sur la vessie, parce qu'ils sont éliminés par les reins, et relèveraient presque de la chirurgie; mais, cette remarque faite, je vous engage, ne serait-ce que pour plus de clarté, à conserver la distinction classique entre les traitements externe et interne.

Quelles variétés de cystites sont justiciables du traitement chirurgical? On serait tenté de le réserver aux cas chroniques; l'acuité de l'inflammation écarte beaucoup de personnes d'une action directe et les détermine à n'employer que les moyens dits antiphlogistiques. Il n'y aurait peut-être pas grand inconvénient à agir de la sorte, si ces moyens avaient une efficacité réelle et si on pouvait être certain qu'en temporisant, l'inflammation vésicale cédera ou s'atténuera sensiblement. Mais la lutte contre le symptôme est souvent impossible, tant qu'on laisse la cause agir et entretenir la cystite. Prenons pour exemple les calculeux : La cystite est, vous le savez, sinon

FEUILLETON

LES HÔPITAUX FRANÇAIS JUGÉS PAR UN ANGLAIS.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Et maintenant, à parler franc, je me trouve pris dans une impasse, car je ne voudrais pas dépasser les limites de mes attributions, qui sont de discuter sur les choses de Paris. Je sens que je suis involontairement entraîné sur un terrain dangereux; j'ai peur que les défauts que je vais signaler dans le système hospitalier de Paris ne soient pas exclusivement propres à cette ville. Mais, au risque d'être regardé comme présomptueux, je crois de mon devoir d'aller jusqu'au bout, rappelant au lecteur que j'écris comme un simple observateur, et non comme un réformateur scientifique.

En vérité, je peux comprendre pourquoi les pauvres de Paris ont pour l'hôpital une horreur instinctive; pourquoi ils ont peur de vivre auprès, quelque peu élevés qu'y soient les loyers. C'est qu'ils pensent que les hôpitaux, par suite de leur disposition et de leur administration, sont à la fois un danger pour les malades qui y sont enfermés et une menace pour les gens bien portants qui vivent autour. Je n'ai qu'à mentionner que dans le voisinage de Lariboisière et de l'Hôtel-Dieu les loyers sont de 40 pour 100 moins élevés que partout ailleurs (1); il y a quelques années, les locataires de ceux de ces logements les plus rapprochés de l'aile du bâtiment destiné à recevoir les maladies cutanées étaient presque tous atteints d'éruptions de la peau (2).

J'ai dit que l'hôpital était un danger pour les malades en dehors

(1) Cette proportion est absolument fausse. Il serait pourtant assez naturel que les personnes qui mettent un prix élevé à leurs loyers n'aient pas beaucoup de propension à se rapprocher des hôpitaux dont le voisinage est attristé par l'affluence des misères. Cependant Beaujon est entouré des hôtels luxueux du quartier Monceaux.

(2) Nous ne connaissons aucune aile de bâtiment affectée spécialement aux maladies cutanées à Lariboisière, pas plus qu'à l'Hôtel-Dieu.

rare chez eux, au moins exceptionnelle; mais, quand elle éclate, elle acquiert souvent une violence des plus grandes et une ténacité contre laquelle les émollients employés avec le plus de persistance n'apportent aucune atténuation. Ces accès intenses apparaissent ou plutôt apparaissaient autrefois au cours d'une lithotritie, alors que la vessie était encombrée de fragments à demi broyés; en pareille occurrence, la plupart des chirurgiens attendaient avant de tenter une nouvelle séance; mais, pendant ce temps, l'inflammation s'emparait souvent des reins. Souvent aussi, ils changeaient le mode de traitement, abandonnaient la lithotritie commencée pour faire subir la taille à leurs malades.

Je vous conseille de tenir, en pareil cas, une conduite toute différente. Au lieu de traiter les symptômes et de perdre — le mot n'est que trop juste le plus souvent — un temps précieux, attaquez-vous à la cause et opérez même quand la cystite a acquis la plus grande intensité. L'inflammation, au lieu d'augmenter, diminuera après une nouvelle séance, à la condition d'extraire tous les débris de la pierre. Aussi, en présence d'une vessie habitée et enflammée, devra-t-on faire tout son possible pour effectuer l'évacuation en une séance et ne laisser à aucun prix un encombrement de fragments calculeux. Ce déblaiement total procure toujours un soulagement, le plus souvent il est le moyen le plus radical de guérir l'inflammation.

Vous en avez un exemple frappant dans nos salles. Vous m'avez vu opérer, il y a huit jours, sur un malade chez lequel j'ai pu broyer et extraire en totalité un calcul volumineux; la cystite était intense, et, pendant l'opération, des contractions violentes et répétées de la vessie étaient à peine atténuées sous l'influence du chloroforme. Dès le surlendemain, les besoins n'étaient plus douloureux; ils cessèrent d'être fréquents, et aujourd'hui des urines limpides et exemptes de pus vous permettent de constater une guérison totale.

La cystite existant chez un rétréci ne sera pas un obstacle à une intervention chirurgicale; au contraire, plus la cystite sera aiguë, et plus tôt on devra songer aux moyens les plus actifs; ne pas s'attarder trop longtemps à la dilatation graduelle. Si les symptômes inflammatoires s'exaspèrent ou résistent, pratiquez en pleine cystite l'urétrotomie interne; l'existence de la fièvre urineuse ne devra pas davantage vous empêcher de sectionner l'urètre, et c'est le plus souvent le seul moyen que vous aurez de faire cesser des accès et un état général dont la gravité est quelquefois extrême.

Chez les prostatiques, vous vous occuperez aussi de la cause de la cystite qui, la plupart du temps, consiste dans un obstacle à l'évacuation de l'urine. C'est donc au cathétérisme qu'il conviendra de s'adresser; il faudra le renouveler aussi souvent qu'il sera nécessaire pour obtenir une évacuation complète du bas-fond. Ici, les conditions sont plus complexes et ce résultat ne suffit pas toujours. Vous pourrez voir au n° 26 de nos salles un malade, atteint de rétention d'urine, d'origine prostatique, chez qui cette retenue était devenue complète. Les premières tentatives de cathétérisme sont demeurées infructueuses; au bout de vingt-quatre heures, l'état général était devenu grave, les souffrances extrêmement vives. Ce fait, relativement rare dans la cystite des prostatiques, devait nous indiquer qu'un autre élément s'y était ajouté; c'était en effet un état congestif. La sonde put enfin pénétrer, donna issue à des urines très sanglantes, et fut laissée à demeure; la vessie, vidée à petits coups, redevint normale rapidement, mais les urines se chargèrent de nouveau de pus. Ici la suppression de la cause ne suffit pas. Dans ce cas et dans les cas analogues, la guérison ne survient pas, parce que les lésions de la vessie sont trop anciennes ou trop profondes.

Dans une autre série de faits, on s'adressera encore à la cause, on n'obtiendra de bons résultats qu'au moyen des substitutifs; je reviendrai sur la conduite que vous aurez à tenir dans ces cas, qui sont surtout constitués par des cystites blennorrhagiques. Ailleurs, vous devrez rechercher la cause avec le plus grand soin et établir minutieusement la nature de la maladie, et si vous êtes conduit au diagnostic cystite tuberculeuse, cette notion ne vous servira pas pour agir, mais, au contraire, devrez-vous interdire toute intervention active, à moins d'indications spéciales et exceptionnelles; contentez-vous de soigner le malade et non la maladie.

Je n'ai pas, après cet exposé, à vous faire ressortir l'importance de l'étiologie; vous devrez, toutes les fois que cela vous sera possible, agir sur la cause de la cystite, la supprimer ou la modifier. Malheureusement, ce résultat ne suffit pas toujours et la suppression même totale de la cause n'a pas toujours pour corollaire immédiat la suppression de la cystite.

C'est alors que vous devrez vous attaquer à cette inflamma-

des conséquences propres à leur maladie : récemment, on a observé qu'un malade qui avait été guéri dans l'hôpital d'une pleurésie était revenu vingt-quatre heures après avec une fièvre typhoïde dont il avait contracté les germes dans la salle. M. Broca, sénateur et *médecin* très distingué, n'a pas hésité à appeler les hôpitaux de Paris « des foyers d'infection »; et, qui plus est, il a prouvé la vérité de ce qu'il disait par une expérience on ne peut plus convaincante : le docteur Broca prit des seaux neufs et des éponges neuves, remplit les premiers d'une eau soigneusement distillée, puis vint à l'hôpital; là il plongea les éponges dans l'eau et les passa sur les murs des différentes salles. De retour dans son laboratoire, il analysa l'eau dans laquelle il avait lavé les éponges et y trouva les germes de toutes les maladies possibles.

Deuxième expérience. — M. le docteur Sée, médecin également éminent, prit un globe de verre hermétiquement clos et rempli de neige et le suspendit au plafond d'une des salles de Lariboisière. L'humidité de l'atmosphère, se condensant en larges gouttes à sa surface, fut recueillie et analysée: on y trouva les germes de toutes les maladies connues.

Le docteur Bertillon a dernièrement rapporté que des enfants, venus à l'hôpital Sainte-Eugénie avec une maladie légère pour avoir une consultation, y ont contracté la diphtérie dont ils sont morts (1).

Tels sont les risques qui attendent l'ouvrier de Paris là où il va pour être guéri, lesquels risques lui ont été dévoilés par les journaux qui ont, à différentes périodes, rendu compte des expériences rapportées plus haut. Mais ce n'est pas tout : il n'y a pas vingt-quatre heures que nous avons entendu ces choses discutées par les artisans chez un marchand de vins. Je suis désolé de dire que le choléra qui a envahi Marseille la semaine dernière donne une terrible actualité à mon sujet.

(1) Ceci réveille la grande question des hôpitaux intra-urbains et soulève des problèmes très discutables, mais qui ne nous semblent en aucune façon exclusivement propres au système hospitalier de Paris.

Quant aux *germes de toutes les maladies*, les expérimentateurs ont été bien heureux de les trouver, car il y en a encore fort peu de connus, surtout en liberté!

tion elle-même et diriger votre traitement à la fois on successivement contre les trois symptômes dominants de cette affection : la douleur, la fréquence, l'altération de l'urine. Vous aurez toujours à faire la part de ce qui revient aux cas aigus et aux cas chroniques; nous nous occuperons d'abord des premiers.

La douleur peut, je vous l'ai dit, acquérir une intensité extrême, telle, que les autres symptômes restent au second plan et que le terme cystite douloureuse serait acceptable en ces cas. Deux moyens s'offrent à vous : le traitement chirurgical et le traitement médical. La chirurgie est souvent toute puissante en face des cystites les plus aiguës, surtout de cystites blennorrhagiques, où les lésions sont limitées au col. Une comparaison peut être établie entre cette affection et les ophtalmies blennorrhagiques : depuis longtemps, les chirurgiens n'hésitent plus à modifier la conjonctive à l'aide des caustiques énergiques et empêchent ainsi de terribles complications. J'ai coutume d'appliquer le même traitement au col vésical sur lequel je dirige, au moment même où l'inflammation est le plus aiguë, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. La réaction est d'ordinaire assez vive; mais, même dans les cas où le caustique est le plus mal supporté, c'est à peine si l'application en est plus pénible que les douleurs spontanées qui torturaient le malade. Or, dans bien des cas, j'ai fait justice en quelques jours des souffrances les plus vives. La réaction dont je vous parlais ne se manifeste pas seulement par un redoublement de douleur, s'il est possible; la sécrétion purulente augmente en quelques heures et des bouchons purulents sont expulsés avec les premières mictions. Rarement il suffit d'une seule instillation ; 3 ou 4, dans les cas ordinaires, à un, deux ou trois jours d'intervalle, produisent presque infailliblement un apaisement complet.

Si vous m'avez vu jusqu'à présent insister sur l'emploi de la thérapeutique chirurgicale, ne croyez pas que je néglige les moyens d'ordre médical. Ce serait vous priver de précieuses ressources, retarder l'amélioration et même compromettre la guérison. Contre la douleur, quels sont les agents les plus puissants? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'en modifier la forme, car il n'y en a pas plusieurs ; un seul est réellement *puissant*, c'est l'opium. Certes, vous pourrez retirer un certain bénéfice de l'emploi de quelques médicaments, tels que la belladone, la jusquiame, le chloral; mais aucun d'eux n'aura l'efficacité constante, réelle, absolue, de l'opium.

Plusieurs modes d'administration s'offrent à vous. La voie stomachale ne vous donnera que des résultats imparfaits; sans doute, vous pourrez engourdir votre malade et diminuer l'intensité des douleurs, mais l'opium est souvent mal toléré par l'estomac, et vous n'aurez pas une action aussi rapide et aussi sûre que par les voies rectale et hypodermique dont il me reste à vous parler.

Les moyens d'action qui s'adressent au rectum sont les lavements et les suppositoires. En lavements, ne craignez pas d'employer des doses de laudanum un peu élevées; à ce prix seul, vous obtiendrez un soulagement. La tolérance d'un sujet pour l'opium est presque en raison directe des souffrances qu'il endure; rarement vous aurez un résultat suffisant à moins de 15 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham dans un lavement. Les suppositoires devront contenir de la morphine de préférence à l'opium; 3 à 4 centigrammes représentent une quantité que, d'ordinaire, on ne peut dépasser sans danger.

Le moyen, par excellence, de calmer les douleurs, est une injection hypodermique de morphine. L'effet en est presque immédiat, certain, plus prolongé qu'aucun autre et exempt, à mon avis du moins, des dangers dont on l'a accusé d'être la cause. Je ne crains guère les complications, les poussées congestives du côté des reins à la suite de l'absorption de ce médicament. Je l'ai employé dans les cas les plus variés, dans les affections aiguës et chroniques, à des doses très différentes, et jamais je n'ai remarqué d'accidents à la suite de son administration. Les injections devront être renouvelées plusieurs fois par jour, sans pour celà qu'il soit nécessaire d'atteindre des doses excessives; 3 à 4 centigrammes de morphine en vingt-quatre heures constituent une limite que vous ne devrez pas franchir.

Il y a, en effet, une importance majeure à calmer le symptôme douleur, car à ce phénomène sont liés les besoins fréquents d'uriner. A l'état normal, la vessie est dans un état d'indifférence habituelle au contact de l'urine et ne réagit pas. Toute cause qui fait cesser cette indifférence, et l'absence de sensibilité à ce contact, éveille le besoin d'uriner, et le phénomène douleur entraîne forcément avec lui la fréquence, car dès lors la vessie ne peut plus supporter une quantité suffisante d'urine. Aussi les moyens que vous dirigerez contre les

---

« Eh bien, dit l'un des interlocuteurs, on ne meurt qu'une fois, et c'est fini. » — « C'est possible, répondit son camarade, mais c'est justement pour cela que je ne veux pas mourir si je puis faire autrement. Je pourrais peut-être ne pas tenter une chance s'il m'en restait une autre ; mais, n'ayant qu'un coup à jouer pour la vie, je désire atteindre le meilleur point possible. Mais, ce n'est pas ce que je redoute le plus, ajouta-t-il. La mort est la mort, comme tu dis, et, pour celui qui s'en va, une fois parti, il s'inquiète peu de ce que devient sa carcasse. Mais il y a une réflexion qui vous vient avant la mort sur le sort qui attend ce cadavre. Je n'ai pas beaucoup de religion, mais je t'avoue sincèrement que je mourrais plus satisfait, comme j'espère le faire, sachant que mon corps ne sera pas déchiqueté, mais enterré tranquillement, et que ma femme et mes enfants, sachant ce qu'il est devenu, pourront venir là où il sera, s'il l'envie leur en prend. Lorsque vous mourez à l'hôpital, vous sentez instinctivement que vous n'appartenez pas à votre famille. Vous savez que s'ils réclament tout ce qui reste de vous, ils obtiendront quelque chose comme cela, mais l'obtiendront-ils intact? N'auront-ils pas, au lieu du corps de leur frère, père ou époux, le corps du frère, père ou époux d'un autre? C'est une autre question. C'est là une de mes grandes objections d'aller à l'hôpital.

Votre corps ne court pas grand risque si vous avez la chance de mourir d'une maladie bien reconnue. Mais, pour peu qu'il ait été manifesté la moindre curiosité sur les symptômes observés par le médecin, ou par l'un des étudiants, il y a cent chances contre une pour que vos amis escortent le cadavre d'un étranger, sur lequel ils verseront des pleurs, pour l'inhumation duquel ils se dépouilleront de ce qu'ils ont, tandis que vous restez accroché aux murs de la salle de dissection comme un mouton ou un porc dans la boutique d'un boucher. Il faut admettre que ce n'est pas là une perspective bien séduisante. Les bestiaux eux-mêmes auraient le droit de faire le même raisonnement s'ils savaient de quoi il retourne. Vous vous sacrifiez pour la science ! Mais, voyant que la science s'est montrée incapable de vous sauver la vie, vous êtes parfaitement en droit d'envoyer la science se faire... pendre. Voilà ce que je reproche à l'hôpital. »

Je me rappellai alors le mot de Sydney Smith, à qui on parlait des droits que la postérité avait sur lui : « Au diable la posté-

douleurs s'adresseront en même temps à la fréquence, et les besoins deviendront plus rares sons l'influence de l'opium.

D'autres agents thérapeutiques existent ; mais, par comparaison, ils sont un peu accessoires.

Ce sont les antiphlogistiques : je n'ai pas besoin de vous dire que les saignées ne sont plus guère de mode ; cependant, si une émission sanguine générale doit être proscrite, je ferai des réserves pour les saignées locales ; quelques sangsues appliquées au périnée pourront vous donner de bons résultats ; ce sont tout au moins des moyens d'attente.

Je ne vous parlerai que pour mémoire des cataplasmes qui, appliqués sur la région épigastrique, viendront en aide à votre médication. Les tisanes, les boissons, ont une importance plus grande ; ce n'est pas que je leur attribue une vertu particulière, ni que j'ajoute foi aux innombrables médicaments anciens ou nouveaux vantés chaque jour et dont la réputation est destinée à disparaître le lendemain, mais les tisanes agissent en diluant l'urine ; c'est donc la quantité d'eau ingérée qui sera l'agent le plus puissant ; vous pourrez y faire infuser du chiendent, de la graine de lin, des etigmates de maïs et bien d'autres substances qui ont une action diurétique et prétendue lénitive. Les matières extractives de l'urine, plus diluées, sont moins irritantes ; en outre, le malade souffre d'autant moins qu'il a plus d'urine à expulser. Il se passe là un phénomène analogue au vomissement qui nécessite des efforts d'autant plus douloureux qu'il se fait plus à sec. A l'usage des boissons délayantes, vous joindrez avec avantage les bains.

La violence d'une cystite aiguë est souvent atténuée à la suite d'un bain de siège ou plus souvent d'un bain général qui, pris dans de bonnes conditions, agit surtout contre le symptôme douleur.

Votre ligne de conduite sera sensiblement modifiée quand vous vous trouverez vis à vis d'une cystite chronique, et devra se régler sur l'intensité des symptômes. Les moyens proposés sont nombreux ; dans les cas chroniques, vous trouverez presque partout recommandées les injections vésicales avec les liquides prétendus adoucissants et calmants, l'eau de guimauve, la graine de lin, de pavots. Beaucoup de praticiens espèrent en retirer de grands avantages ; je n'hésite pas à taxer de rêves de pareilles espérances. Autant je vous ai engagé à agir hardiment, au milieu des douleurs les plus vives, autant je vous adjure de vous abstenir d'irrigation de la vessie toutes les fois que la cystite sera accompagnée de douleurs, quelles qu'en soient la violence et l'intensité.

A l'état normal, la vessie reste insensible au contact de l'urine, à condition que la quantité n'en soit pas assez considérable pour exercer une pression sur ses parois, et l'accumulation du liquide peut seule éveiller la sensibilité. A l'état pathologique, il suffit au contraire d'une petite quantité d'urine pour provoquer ce besoin : une vessie, qui pouvait contenir 200, 300 grammes d'urine, n'en tolérera plus que quelques gouttes après que l'inflammation aura gagné l'orifice vésical. C'est surtout dans le cours de la blennorrhagie que vous pouvez constater le développement de cette sensibilité qu'acquiert presque subitement une vessie enflammée. Alors quel effet va produire une irrigation vésicale, si calmant que soit le liquide injecté ? Il s'ensuivra une distension, qui, même en la supposant très légère, provoquera des douleurs très vives ; bientôt les parois se congestionneront et un redoublement d'inflammation sera le résultat de cette intervention. Aussi, toutes les fois qu'une vessie est douloureuse, n'essayez jamais de lavages : dans l'état aigu, vous augmenterez l'inflammation ; dans les cystites chroniques, vous provoquerez facilement un retour vers l'état aigu.

Je puis vous paraître en contradiction avec moi-même, et vous m'objecterez peut-être que, je vous recommandai, il n'y a qu'un instant, de verser sur le col de la vessie quelques gouttes d'une solution caustique. Il y a une différence capitale entre ces deux façons d'agir, et en vous conseillant les instillations, je n'ai eu en vue que quelques gouttes de liquide, c'est-à-dire une *quantité* trop faible pour agir mécaniquement sur les parois vésicales. C'est par les *qualités* de ce liquide, réduit au volume le plus petit, que nous obtiendrons l'action modificatrice.

Ces moyens médicaux sont d'une grande utilité dans les cystites chroniques, et l'opium vous donnera encore ici de très bons résultats, administré par la voie rectale, en suppositoires, en lavements, surtout par la voie hypodermique. Je ne reviendrai pas sur les moyens tels que les bains, les cataplasmes, les boissons ; je ne pourrai que répéter ce que je viens de vous en dire. Trop souvent, malgré l'emploi de ces moyens, la cystite reste rebelle ; et vous devez alors l'attaquer directement. Or ici, en face d'une douleur persistante, pour entrer en lutte avec ce symptôme, aucun ne vous sera

---

rité, dit le spirituel clergyman, qu'est-ce que la postérité a fait pour moi ? » (1).

Il est bien évident que l'auteur de cet article n'appartient pas, ou appartient peu, à la profession médicale, car il y a là des erreurs grossières qui seraient inexcusables chez un médecin Aussi n'aurions-nous pas reproduit ces divagations si nous n'y avions trouvé l'expression du dénigrement systématique et de mauvaise foi qui se remarque dans presque toutes les appréciations de nos voisins à notre égard.

Certes, il s'en faut que ceci représente l'opinion de tous les médecins anglais, et beaucoup parmi eux, esprits larges et éclairés, savent ce qu'il se produit de travaux et d'efforts utiles dans notre école de Paris. Mais la majorité d'entre eux a pour la médecine française le dédain ignorant et jaloux que la Société anglaise professe en général vis-à-vis de la Société française.

Nous avons vu les médecins anglais chez eux ; ils nous ont fort bien reçu, mais beaucoup nous ont laissé entendre que Paris avait bien à faire pour atteindre leur niveau. D'autres, plus jeunes et par suite plus francs, lorsque nous leur parlions de travaux français sur des sujets actuels, manifestaient leur étonnement qu'on fît de telles choses en France. On a toujours à apprendre chez les autres, et il est incontestable que notre chirurgie contemporaine doit énormément aux travaux de l'Ecossais Lister. Mais ce que nous avouons hautement, ce que nous nous faisons gloire d'avoir

(1) Toute cette conversation d'ouvriers, quoique le ton n'en soit pas très vraisemblable, renferme en effet les préjugés les plus répandus dans le peuple. Mais que dire d'un homme qui doit appartenir à un certain milieu intellectuel, qui dit s'être enquis auprès de gens compétents, et qui cependant contribue à répandre ces légendes absurdes dans les classes pauvres ?

Nous n'avons pas à démontrer l'utilité absolue de l'autopsie : il est bien reconnu maintenant de tous que c'est à l'anatomie pathologique que la médecine doit les progrès qu'elle a faits depuis le moyen âge. Quant à la substitution d'un cadavre à un autre, il faut n'avoir jamais étudié dans un hôpital et ne pas connaître la rigueur administrative de l'état civil français pour supposer seulement qu'un tel fait soit possible. Chacun de nous sait combien il est impossible de toucher à un corps lorsque la famille a mis opposition à l'autopsie, ou combien il faut arriver à l'heure désignée et se dépêcher pour pouvoir faire une autopsie, alors que le corps est seulement réclamé.

plus précieux que les instillatinne. Le malade souvent ne vous en laisse pas le choix, et tel qui ne pourrait supporter l'introduction d'une injection tolère parfaitement cette instillation. Je n'ai pas à revenir sur le manuel opératoire, que je voue ai exposé hien des fois. Cette thérapeutique deyra être appliquée avec persévérance et confiance. Vons varierez les doses, les titres des solutions employées et, après un temps qui eera souvent trèe long, vous obtiendrez, chez la plupart de vos malades, atténuation ou guérison. Plusieurs substances peuvent être employées; après de nombreux essais, c'est au nitrate d'argent que je me suis arrêté.

Si puissant que eoit ce moyen d'action, beaucoup de cystites résietent à cette intervention et restent douloureuses. Dans cés cas, eommes-nous autorisés à agir chirurgicalement et à pratiquer an malade une opération plus ou moins grave? Je n'ai pas l'intention de parler ici d'une cystite déterminée, développée soue l'influence d'un calcul, par exemple, ou d'un rétrécissement; l'intervention opératoire s'impose ici, je n'y reviendrai pas. Toute inflammation suffisamment prolongée, qu'elle soit blennorrhagique ou tnberculeuse, qu'elle survienne chez un calculeux ou un prostatique, peut conduire à un état de cystite douloureuse, qui est l'aboutissant de cee lésions lee plus diverses et contre lesquelles viendront échouer tous les moyens mie habituellement en usage.

Nous nous trouvons là en face d'un probléme non résolu. Nous ne savons pas encore dans quelle mesure les malades bénéficient d'une opération sanglante, tentée depuis longtemps déjà, remise en honneur dernièrement, pratiquée par des voies différentes et à l'aide de procédés divers qui, tous, visent au même but: la suppression des fonctions de la vessie pendant un certain temps. Une section est pratiquée, soit par le périnée, soit par l'hypogastre, au travers de laquelle l'urine s'écoule d'une façon continue; la veesie n'existe plus comme réservoir. Or, ce repos forcé amène une cessation des douleurs, qui est constante, mais dont malheureusement la durée n'eet pas toujours bien longue.

Au no 3 de notre salle est couché un malade auquel j'ai hésité à faire la taille hypogastrique et auquel j'ai incisé le périnée. Dès le lendemain, les douleurs atroces, dont il souffrait nuit et jour depuis plusieurs mois, cessaient complètement. Cet état dura plusieurs semaines, et ce malade ponvait entrevoir une guérison définitive. Jusqu'à ce moment, l'urine avait passé par le périnée, mais la plaie se cicatrisa, la miction se rétablit par l'urètre et la veesie reprit ses fonctions physiologiques. Au bout de trois jours à peine, les douleurs reparaissaient et s'installaient de nouveau, avec la même intensité qu'avant l'opération.

(A suivre.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GÉNÉRALISATION DES NÉOPLASMES PAR LES VEINES ET LES LYMPHATIQUES, par le docteur NEPVEU, chef du laboratoire de l'hôpital de la Pitié. — Communication faite au Congrès de Grenoble.

La généralisation de certains néoplasmes par l'intermédiaire des veines et des lymphatiques est connue depuis longtemps, dans ses grandes lignes du moins, quoique l'on discute encore eur des points de plus ou moins grande importance.

Je viens ici vous apporter quelques faits nouveaux et je vais essayer d'expliquer certaine points, restés obscurs, du mécanisme de la généralisation des tumeurs.

I

La généralisation embolique des néoplasmes après perforation des grosses veines a été déconverte par Virchow, qui en signale deux exemples dane son livre portant pour titre: *Gesammelte Abhandlungen*, p. 551. P. Sick, dans un mémoire des plus intéressants (Tübingen, 1862: *Beitrœge zur Lehre vom Venenkrebs*), a recueilli tous les faits connus à cette époque de perforation des veines par le cancer.

Depuis lors, de nombreuses observations s'ajoutent à ces travaux: O. Weber (1) rapporte un exemple de perforation des veines du bassin par un *enchondrome*, avec métastasès emboliques dans le poumon et le foie; Paget (2), dans un cas d'enchondrome du testicule, a observé une perforation de la veine cave par des masses cartilagineuses et des métastases pulmonaires; Lücke (3) a signalé un *lymphosarcome*

(1) Otto Weber. VIRCHOW'S ARCHIV, t. XXXV, p. 501.
(2) Paget. MEDICO-CHIR. TRANS., t. XXXVIII.
(3) Lücke. « Tumeurs » dans le *Traité de pathologie chirurgicale* de Pitha et Billroth.

emprunté à nos voisins, eux dans des circonstances semblables sont plutôt portés à le nier ou à ne pas en parler. C'est du reste d'instinct et naïvement qu'ils ont de ces oublis.

Dernièrement un jeune docteur anglais, esprit distingué et manifestant une grande sympathie pour la médecine française, suivait assidûment un de nos services de clinique. Un dimanche et un jour de fête, il nous fit remarquer qu'il n'y avait que peu de chefs de service à l'hôpital, et nous demanda d'un air narquois si les malades n'avaient pas besoin de soins les dimanches, en ajoutant que les Français en prenaient à leur aise, car il y a heaucoup de dimanches dans l'année! Nous fûmes obligés de lui faire remarquer que la visite était toujours faite soit par le chef de clinique, soit par l'interne, et de lui rappeler qu'à Londres le chef de service ne vient à l'hôpital *que trois fois par semaine!*

Nous n'insisterons pas plus longtemps, aussi bien le sujet ne valait-il pas la peine d'une aussi longue discussion. Nous avons seulement voulu indiquer, à propos de l'article du « PEOPLE », quelle était la tendance des appréciations anglaises à notre égard. Depuis 1870, le soleil scientifique, aussi bien que politique, se lève à Berlin!

Dr FRANCUS.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 7 septembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade d'officier. — M. Deschiens, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. de Béchon, Canoville et Guezennec, médecins de première classe de la marine.

***

CONCOURS. — Le jury du concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mardi 3 novembre 1885, se composera définitivement de MM. les docteurs Théophile Anger, Audhoui, Bouilly, Doléris, Monod, Robert, Moutard-Martin et Talamon.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 8 mars 1886, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

de l'aisselle avec tumeurs emboliques du poumon par perforation de la veine axillaire; Paulicki (1) rapporte un exemple de généralisation sarcomateuse dans les poumons, les reins, le cœur et le foie, à la suite d'un *sarcome* du cou qui avait thrombosé les jugulaires; Hering (2), dans un cas de *cancer villeux* du bord alvéolaire de la mâchoire, fait la même observation; Acker (3), dans un intéressant travail, étudie avec détails quatre observations de sarcome du corps thyroïde, de cancer laryngien; deux de cancer de l'estomac, dans lesquelles il put voir soit les veines thyroïdiennes inférieures et supérieures, soit la jugulaire droite, soit la veine-porte remplies de cellules cancéreuses. A citer encore le cas analogue de Laveran (4), de même celui de Rieder (5).

A ces différents faits, il serait possible d'en ajouter beaucoup d'autres. Le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE en renferme un certain nombre (voir: tomes XLI, p. 127; XLII, p. 455; XLVIII, p. 176; XLIX, p. 702; L, p. 563, etc., etc.) Moi-même j'ai eu occasion de faire des analyses deux ou trois fois environ pour des épithéliomas de la langue qui, chose rare, s'étaient généralisés, par l'intermédiaire de la veine jugulaire, aux poumons et au foie et par le même mécanisme: la perforation de la veine par la masse épithéliale.

Je désire aujourd'hui attirer l'attention sur une observation personnelle un peu différente, que j'ai pu faire dans le service de mon maître, M. Verneuil, et qui présente un certain intérêt:

Un homme d'environ 50 ans, entré à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Verneuil pour un cancroïde ulcéré de la verge, succombe en pleine cachexie, avec une énorme tuméfaction de la région inguinale droite. A l'autopsie, je trouvais dans le poumon et le foie quelques petits noyaux métastatiques. Dans la veine fémorale droite, ouverte avec précaution, on voyait un caillot blanchâtre, non adhérent, en forme de massue, qui, à l'examen microscopique, se voyait en certains points infiltré de cellules épithéliales; la face interne du vaisseau était absolument lisse, bien que la paroi de la veine fut un peu épaissie et présentât même, dans ses couches externes seulement, une infiltration épithéliale manifeste. Mais un fait intéressant et qui nous donne la clef de la présence de ces cellules épithéliales au milieu du caillot fémoral, sur l'extrémité de ce caillot, à sa partie interne, se trouvaient encore fixés deux petits caillots vermiformes, qui, eux aussi, étaient remplis de cellules épithéliales; ces thrombus secondaires provenaient de deux petites veines latérales, peut-être des veines honteuses externes.

En résumé, le mode le plus ordinaire de généralisation semble être la perforation par le néoplasme de la paroi des veines, non pas seulement des grosses veines, mais encore des petites veines, comme tendrait à le démontrer l'observation que je viens de rapporter.

Schüppel (6) en 1868, Feltz (7) en 1870 étendent aux capillaires extrêmes la théorie de Virchow; ils prétendent que la généralisation peut se faire par pénétration directe des cellules cancéreuses dans les capillaires, par perforation de leur paroi ou, suivant l'opinion de Cohneim et Maas, que les cellules du cancer peuvent par leurs qualités migratrice envahir les vaisseaux capillaires. Ce dernier mode de généralisation, difficile à établir ou à combattre, semble cependant assez probable.

Mais il en est un autre que je cherche à mettre en lumière. Legros, dans une très belle Etude sur l'épithélium des vaisseaux sangnins, signale en passant ce fait que, dans une tumeur cancéreuse du sein, il a remarqué que les épithéliums vasculaires étaient plus gros que dans le tissu normal (JOURNAL D'ANAT. ET PHYS., 1848, p. 275).

En 1872, d'abord, et, depuis lors, à plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion de voir dans des cas analogues, non pas seulement, comme Legros, une augmentation de volume de l'épithélium des plus petites veines et des capillaires, mais une prolifération considérable, et cela dans des tissus sains situés à longue distance du foyer morbide. Le premier cas de ce genre se rapportait à un cancer colloïde du rectum, extirpé par M. Verneuil à l'hôpital Lariboisière. Les épithéliums de quelques capillaires veineux, de petites veinules sur des coupes transversales ou longitudinales, étaient tellement proliférées qu'elles entravaient en partie le cours du sang en faisant une forte saillie dans la lumière du vaisseau. Cette participation spontanée et à distance de l'épithélium vasculaire à la prolifération du tissu morbide peut, dans certains cas, expliquer une généralisation rapide aux grands viscères.

Ce fait est-il rare, est-il fréquent? Je ne puis le dire encore, bien que j'aie eu l'occasion de le constater plusieurs fois encore; mais il me semble avoir une certaine importance au point de vue qui m'occupe. Il est possible que des observateurs plus habiles ou plus heureux puissent nous en indiquer le degré réel de fréquence.

A côté donc des embolies produites par la perforation de la paroi vasculaire ou par la migration des cellules jeunes du cancer dans les capillaires, il faut placer une variété spéciale de généralisation: celle qui se fait par la prolifération spontanée et à distance de l'épithélium vasculaire, des petits capillaires et des veinules: telle l'endophlébite cancéreuse.

II

Le rôle des lymphatiques dans la propagation des néoplasmes et leurs rapports avec ceux-ci, bien évidents au point de vue de la clinique, n'ont été l'objet d'études sérieuses qu'à partir de l'époque où cette notion, sortant des langes où elle se trouvait encore dans les écrits de Virchow, de Billroth (*Etudes sur le cylindrome*, 1856) fut franchement adoptée, à titre d'hypothèse, par Bœttcher, de Dorpat (1).

Il s'agissait d'une tumeur située sur le côté externe de l'orbide (analogue à ces tumeurs décrites par Robin sous le nom d'hétéradéniques, in: Lebert, *Traité d'anat. path.*, t. I, 348, pages 49 et 50). Recklingshausen (2) démontra le premier le fait sur une tumeur de l'orbite, extirpée par Jacobson l'année suivante (3).

Il répéta la même observation; mais, pour lui comme pour

(1) Paulicki. BERLIN. KLIN. WOCH., t. IV, p. 34, 1867.
(2) INAUGURAL-DISSERTATION. Leipzig, 1868.
(3) Acker. DEUT. ARCHIV FÜR KLIN. MEDICIN, t. XI, 1872.
(4) Laveran. GAZETTE HEBDOMADAIRE, 23 août 1869.
(5) Rieder. *Ueber Embolische Geschwulstmetastasen.* INAUGURAL-DISSERTATION. Dorpat, 1878.
(6) ARCHIV DER HEILKUNDE, t. IX, p. 387.
(7) *Traité clinique et expérimental des embolies capillaires.* Paris, 1870.

(1) Bœttcher. *Ueber Structur und Entwickelung der als Schlauchknorpelgeschwulst Cylindrome bekunnten Neubildung.* VIRCHOW'S ARCHIV, t. XXXVIII, p. 420.
(2) Recklinghausen. GRŒFE'S ARCHIV FÜR OPHTH., t. XII, p. 62, 1864.
(3) SITZUNGSBERICHTE DER PHYSIK. MED. GESELLSCH. IN WURZBURG, 1865-66.

son élève, Kœster (1), l'origine de ces tumeurs est dans l'épithélium normal des lymphatiques. Bien mieux, Kœster étendit la doctrine : il existe des épithéliomas primitifs des vaisseaux lymphatiques. Cette théorie, indéniable pour les ganglions, n'est pas encore absolument établie pour les vaisseaux lymphatiques mêmes.

Ranvier, 1868 (2) fit faire un pas sérieux à la question en démontrant par des injections d'un mélange de bleu de Prusse et de glycérine, pratiquées dans les alvéoles du cancer, à l'aide d'une seringue de Pravaz, la communication de ces alvéoles avec les lymphatiques et les ganglions. Il prouva que les vaisseaux lymphatiques de la plèvre (*loc. cit.*, page 635) contiennent un suc laiteux, formé de grandes cellules semblables à celles du sein. Les vaisseaux lymphatiques qui partent de la tumeur forment des cordons durs, pleins et complètement squirrheux. Le carcinome développe une inflammation dans les vaisseaux lymphatiques qui partent de la tumeur; on trouve parfois dans leurs parois de petites nodosités carcinomateuses comprises dans leur épaisseur. Lucke (3) rapportait beaucoup plus tard un fait analogue, sans en donner des preuves aussi palpables.

Depuis cette époque, en France notamment, les rapports des lymphatiques avec les tumeurs sont l'objet de nombreuses études; les observations multiples de Debove (4), Raynaud (5), Troisier (6), Cornil (7), Tapret (8), Maunoury (9) en sont la preuve. Ces auteurs, pour la plupart, admettent une véritable lymphangite cancéreuse, et par ce terme impropre ils expliquent qu'il s'est formé du cancer *in situ* dans et autour du lymphatique.

Langhans, en Allemagne, a repris un autre côté de la question : des injections par piqûres dans les *septa* de la glande mammaire remplissent les lymphatiques situés dans le tissu conjonctif interlobulaire; ils y forment des réseaux à mailles très larges, mais il n'y a aucun rapport direct de ses lymphatiques avec les espaces intra et interlobulaires. On peut, dit-il, en injectant les lobules, remplir les espaces, mais jamais les lymphatiques; donc les rapports des espaces plasmatiques avec les vaisseaux lymphatiques ne sont pas directs. Langhans combat la théorie de Kœster, qui s'appuie sur ce fait que les cordons cancéreux offrent l'aspect de réseaux lymphatiques. Les réseaux lymphatiques, dit-il, sont essentiellement différents de ces réseaux cancéreux.

Dans les nodosités cancéreuses, les bourgeons partent de la vésicule glandulaire même; on n'a jamais vu les vaisseaux lymphatiques dans un cancer au début. Plus tard, le développement ultérieur de la tumeur peut au contraire se faire par les lymphatiques.

En résumé, pour la généralisation par les lymphatiques comme pour celle par les veines, nous avons à choisir entre plusieurs théories :

1° *Théorie de Virchow* (ancienne) : perforation des lymphatiques et embolie consécutive;

2° *Théorie de Kœster* : Epithélioma primitif des vaisseaux lymphatiques dans un certain nombre de faits;

3° *Théorie de Cohnheim* : Faculté migratrice des cellules jeunes du cancer qui passent dans les lymphatiques;

4° *Théorie de Ranvier* : Communication directe des réseaux lymphatiques avec les alvéoles cancéreuses;

5° *Théorie de l'envahissement à distance des parois lymphatiques* : lymphangite cancéreuse de quelques auteurs (cancer secondaire de la plèvre).

Tel est l'ensemble des théories actuelles sur l'envahissement des lymphatiques par les néoplasmes. Faut-il, parmi toutes ces théories, en choisir une à l'exclusion de toutes les autres? Je ne le crois pas, et sans vouloir faire ici de la politique de bascule, je pense que plusieurs de ces causes peuvent expliquer la généralisation des néoplasmes par les réseaux lymphatiques. En effet, pour ce qui est, par exemple, de la *perforation des gros troncs lymphatiques*, j'ai pu l'observer facilement dans de certains cas de cancer du testicule. A deux reprises différentes, en priant M. Verneuil de lier en masse le cordon pour empêcher les lymphatiques de se vider au moment de la section et de la ligature isolée des artères, qu'il pratique au fur et à mesure, j'ai pu voir les lymphatiques de cette glande aussi volumineux qu'une plume de coq. Ils charriaient des caillots renfermant des masses épithéliales volumineuses, qui certainement s'y étaient introduites par perforation des parois lymphatiques mêmes.

La démonstration de M. Ranvier, établissant *la communication directe des réseaux lymphatiques avec les alvéoles cancéreuses*, est un second mode de généralisation indéniable et d'une importance considérable en chirurgie.

Un troisième mode est bien évident; j'ai eu occasion de l'observer. Il se fait dans des cas de cancer du sein, non plus à grande distance dans la plèvre ou le poumon (lymphangite cancéreuse de quelques auteurs), mais à une petite distance du foyer primitif dans les lymphatiques mêmes qui partent du cancer du sein.

Il est certes des points obscurs dans cette étude, et, s'il est difficile de trancher actuellement la question du rôle des cellules jeunes migratrices du cancer, on ne doit pas moins se reposer avec confiance sur les faits parfaitement établis. Du reste, la simple analogie des veines et des lymphatiques suffirait à confirmer cette manière de voir, si on pouvait un instant douter de la réalité des faits énoncés plus haut.

Le rôle des lymphatiques dans les néoplasmes n'est pas encore complètement défini; il reste, à cet égard, des points obscurs. J'ai eu occasion, à plusieurs reprises, de démontrer, au moyen de l'imprégnation argentique, la présence des lymphatiques dans des tumeurs très diverses, dans le myôme utérin, par exemple. Fehling et Léopold, *in* ARCHIV FÜR GYNÆKOLOGIE, t. VII, p. 531, 1875; Rein Georg, *in ibidem*, t. IX, p. 414, 1876, ont répété cette observation, que Ranvier avait déjà faite.

C'est bien à des cavités lymphatiques qu'on a affaire dans les sarcomes kystiques polypeux de la mamelle. Colomiatti (GIORNALE D. R. ACADEMIA DI MED. DI TORINO, 1877) a eu occasion d'observer un fait analogue dans un myxo-sarcome du sein : les réseaux lymphatiques arrivaient jusqu'aux limites

(1) Kœster. VIRCHOW'S ARCHIV, t. XL, p. 487.
(2) Ranvier. ARCH. DE PHYSIOLOGIE ET D'ANAT. PATHOL. — Cornil et Ranvier. *Traité d'anat. pathol.*, t. I, p. 207 et 208, 1re édition. 2e édition, 1885, même détail, *passim*, t. I, p. 635, et t. II, p. 737.
(3) HANDBUCH DER ALLG. UND SPEC. CHIRURGIE. *Die Lehre von den Geschwulsten*, p. 44-45, fig. 8, 1869.
(4) Debove, 1872. BULLET. DE LA SOC. ANATOMIQUE, 1874 et PROGRÈS MÉDICAL.
(5) Raynaud. UNION MÉDICALE, 1874, nos 35 et 36.
(6) Troisier. Thèse de Paris, 1874 : *Recherches sur les lymphatiques pulmonaires.*
(7) Cornil. Soc. médic. des hôpitaux, 1874 : *Note sur les lymphatiques pulmonaires.*
(8) Tapret. BULLETIN DE LA SOC. ANAT., p. 563, 1875.
(9) Maunoury. Ibidem, p. 734, 1875.

de la partie sarcomateuse de la tumeur. Tapret, en 1875, avait vu les lymphatiques des jambes charrier des masses sarcomateuses provenant d'une tumeur du mollet.

Enfin, pour montrer que dans cette étude il y a de nombreux points obscurs à élucider, il me suffirait de citer l'existence, au centre même de lipomes énormes, de réseaux lymphatiques très nets, et dont j'ai l'honneur de vous présenter les dessins faits, d'après mes préparations, par M. Karmansky.

En somme, si le rôle des réseaux et des troncs lymphatiques est évident dans la généralisation des tumeurs, le mécanisme de cette généralisation, très net dans certains cas que j'ai essayé de préciser, est encore obscur dans quelques autres.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC, par le professeur S. TALMA (1). — II. DES NÉVRITES CONSÉCUTIVES AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER, par le docteur ARNOZAN (2). — III. SUR LA PARALYSIE RADIALE CONSÉCUTIVE AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER, par le docteur REMAK (3). — IV. UN NOUVEAU CAS DE PARALYSIE CONSÉCUTIVE A DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER, par le docteur NEUMANN (4).

I. La gastrite chronique, ou, pour dire plus exactement, le catarrhe chronique de l'estomac, qui constitue, d'après TALMA, une circonstance prédisposante au développement du cancer de cet organe, crée d'autre part un cercle vicieux. Le catarrhe gastrique est une cause de fermentations anormales, et certains produits de ces fermentations, l'acide butyrique et d'autres acides de la série grasse, l'acide sulfhydrique, etc., exercent sur la muqueuse de l'estomac une irritation qui entretient, aggrave même le catarrhe préexistant. Il semble que le meilleur moyen de remédier à cet état de choses soit de faire prendre aux malades des alcalins, c'est-à-dire des substances qui neutralisent les acides irritants formés dans l'estomac. Et, de fait, l'emploi des alcalins procure du soulagement, voire une guérison définitive, dans beaucoup de cas de catarrhe de l'estomac. D'autres fois cette médication échoue, ce qui tient, au dire de Talma, à ce que la réaction alcaline ou neutre du contenu de l'estomac favorise les fermentations morbides. Les agents de ces fermentations sont des micro-organismes dont l'action délétère est anéantie dans les circonstances physiologiques par le suc gastrique. Or, des éléments constituants de cette humeur, ce n'est point la pepsine mais l'acide chlorhydrique qui exerce ce pouvoir anti-fermentescible, et à ce propos, Talma évoque des expériences déjà lointaines de Buchholtz (5), d'après lesquelles l'acide chlorhydrique arrête le développement de certains micro-organismes, même à un état de dilution de 1/1500, et d'autres expériences de Falk (6), établissant que des fragments de rate enlevés sur des moutons qui ont succombé au charbon, peuvent être impunément introduits sous la peau d'autres animaux, quand on les a mis préalablement en contact avec du suc gastrique ou avec une solution d'acide chlorhydrique dilué (0,11 %). Donc, conclut M. Talma, quand l'estomac est le siége de fermentations anormales que l'administration des alcalins est impuissante à empêcher, c'est que l'acide chlorhydrique est sécrété en quantité insuffisante ; il faut alors obvier à cette insuffisance, en prescrivant de l'acide chlorhydrique. Or, l'important est de prescrire ce médicament sous un état de dilution convenable. D'après les recherches empiriques auxquelles s'est livré Talma, le mode d'administration qui réussit le mieux consiste à faire prendre au malade une solution contenant 1 gramme d'acide chlorhydrique dilué dans 750 grammes d'eau (pour un adulte), à boire dans les vingt-quatre heures. Le mieux est de faire prendre la solution après les repas. Aux malades dont les organes digestifs manifestent une grande irritabilité, il faut recommander de faire tiédir la solution et de ne pas la boire trop vite. M. Talma prétend que cette médication lui a donné les meilleurs résultats dans un certain nombre de ces cas de catarrhe chronique de l'estomac confondus avec la dyspepsie, entre autres chez des confrères. Il ajoute que le médecin devra toujours veiller à ce que le malade suive un régime alimentaire approprié aux circonstances. En général, les graisses et le lait sont fort mal supportés par les personnes affectées d'un catarrhe chronique de l'estomac.

Cette même médication dissipe souvent, pour un certain temps, les accidents dyspeptiques qui surviennent dans le cours d'une affection cancéreuse de l'estomac. Elle réussit très bien, au dire de Talma, dans les cas d'ulcère simple de cet organe.

II. M. ARNOZAN rappelle que déjà Mlle Ocounkoff, dans l'exposé de ses recherches physiologiques sur l'éther (thèse de Paris, 1877, n° 218), avait signalé qu'à la suite des injections sous-cutanées d'éther, de la paralysie motrice et de l'anesthésie pouvaient survenir aux membres, au-dessous du siége de la piqûre ; que M. Barth (1) et son maître, le professeur Peter, ayant observé des accidents analogues dans le cours d'expériences consistant à utiliser les propriétés stimulantes des injections sous-cutanées d'éther, chez les malades affectés d'une pneumonie adynamique, les avaient attribués à une névrite. De là le conseil de pratiquer ces injections en des points où l'on ne court pas risque de léser des nerfs avec l'extrémité de la seringue. A la Société de médecine clinique de Paris, M. Charpentier (2) (*séance du 10 novembre 1883*) a publié une observation de variole simple, avec paralysie du membre inférieur droit, consécutive à une injection sous-cutanée d'éther pratiquée à la partie moyenne et postérieure de la cuisse ; M. Barbier (3) (*séance du 22 mars 1884*) a communiqué la suite de cette observation ; un mal perforant du pied fut la conséquence de cette névrite.

M. Arnozan a observé, pour sa part, quatre exemples de paralysie musculaire localisée, survenue à la suite d'une injection sous-cutanée d'éther ; les trois premiers avaient déjà été publiés antérieurement (BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, t. III, 1882) : chez un premier malade,

(1) ZEITSCHRIFT FÜR KLIN. MEDICIN, t. VIII, fasc. 5, p. 407, 1885.
(2) GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, 1885, no 2, p. 22 et suiv.
(3) BERLINER KLIN. WOCHENSCHRIFT, 1885, no 5, p. 76.
(4) NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT, 1885, no 4.
(5) ARCHIV FÜR EXPERIMENT. PATHOLOGIE UND PHARMAKOLOGIE, t. IV, p. 72, 1876.
(6) FALK. *Ueber das Verhalten von Infectionsstoffen im Verdauungscanal.* VIRCHOW'S ARCHIV, t. XCIII, fasc. 2, p. 177, 1883.

(1) GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1881.
(2) UNION MÉDICALE, 1884, n° 32, p. 381.
(3) *Ibidem*, n° 66, p. 723.

un varioleux, la paralysie, survenue à la suite d'injections profondes d'éther à l'avant-bras gauche intéressait les extenseurs des doigts ; la guérison fut obtenue par l'application de courants galvaniques.

Dans les trois autres observations, une paralysie des deux avant-bras est survenue, chez des varioleux également, dans les mêmes circonstances ; guérison spontanée. Enfin, dans une cinquième observation de MM. Arnozan et Salvat, une injection sous-cutanée d'éther, pratiquée vers le milieu de la région interne de l'avant-bras gauche, entraîna à sa suite une paralysie du petit doigt du même côté.

M. Arnozan a pu se convaincre, par l'étude des observations cliniques et par des expériences sur des animaux, que ces paralysies étaient les symptômes de névrites.

III. M. Remak a publié un fait du même genre : une jeune femme de vingt-trois ans avait tenté de s'asphyxier avec la vapeur de charbon. Pour la rappeler à la vie, on lui fit plusieurs injections sous-cutanées d'éther à la région dorsale de chaque avant-bras. Or, à son réveil, elle était atteinte d'une paralysie des extenseurs des doigts et du long adducteur du pouce ; l'exploration des muscles paralysés dénotait l'existence d'une réaction de dégénérescence très prononcée. La paralysie intéressait, en somme, les muscles innervés par le rameau profond que le nerf radial émet après avoir traversé le court supinateur ; cette paralysie, à l'idée de Remak, ne peut être attribuée à l'action délétère de l'oxyde de carbone, mais bien à celle de l'éther poussé sous l'aponévrose superficielle de l'avant-bras. A ce propos, Remak a rappelé qu'il a observé en 1881 une paralysie offrant une localisation assez analogue chez une jeune femme qui avait été traitée également par les injections sous-cutanées d'éther, alors qu'elle était sous le coup d'un empoisonnement grave par le chloroforme.

L'observation de M. Remak ayant été communiquée à la Société de médecine de Berlin, M. Mendel a fait part d'un cas de paralysie légère des extenseurs des troisième et quatrième doigts, survenue à la suite d'une injection sous-cutanée d'éther.

Adelmann a rappelé que des expériences faites sur des chiens par Pirogoff ont fourni la preuve d'une action délétère exercée par l'éther sur les nerfs. Il n'y a donc pas besoin, pour expliquer ces accidents de paralysie, de faire intervenir la lésion d'une branche nerveuse par le trocart de la seringue, et on s'explique que, pour un nombre si colossal d'injections de morphine pratiquées depuis l'emploi de la seringue de Pravaz, on n'ait jamais signalé à propos d'elles des accidents paralytiques du même genre.

IV. Un autre exemple de paralysie consécutive à des injections sous-cutanées d'éther a été publié par Neumann ; il concerne un phtisique chez lequel de l'éther fut injecté sous la peau de chaque avant-bras, en des points à peu près symétriques, pour remédier à un collapsus grave ; il s'en suivit des deux côtés une paralysie de l'extenseur commun des doigts (du troisième principalement), plus prononcée à droite qu'à gauche, et dont il persistait encore des traces plusieurs mois après l'événement. Au début, on constatait de la tuméfaction et de l'endolorissement au siège des piqûres, avec sensation d'engourdissement sur le dos de la main et de l'avant-bras.

Il est à remarquer qu'antérieurement on avait fait, à plusieurs reprises, des injections d'éther au malade, sans suites fâcheuses d'aucune sorte.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

La morphinomanie. — Les frontières de la folie. — Le dualisme cérébral. — Les rêves prolongés. — La folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux, par le professeur B. Ball. — Asselin et Houzeau, Paris, 1885.

Depuis la publication de ses leçons sur les maladies mentales, M. le professeur Ball a été conduit, par l'actualité, à aborder dans son enseignement différents sujets nouveaux. Parmi eux, il s'en trouve qui présentent un intérêt tout particulier, comme ceux qui ont trait, par exemple, à la morphinomanie, au dualisme cérébral, aux rêves prolongés, à la folie chez les jumeaux. Aussi M. Ball a-t-il eu l'heureuse inspiration de les réunir en un petit volume, destiné pour ainsi dire à compléter son précédent ouvrage.

Les trois premiers chapitres de ce volume sont consacrés à l'étude de la morphinomanie, c'est-à-dire de la passion morbide pour la morphine et des désordres intellectuels et physiques qui sont la conséquence de cet empoisonnement, fort à la mode aujourd'hui, surtout dans certaines classes de la société.

M. Ball distingue et décrit séparément les effets de l'*abstinence* et les effets de l'*abus* du poison, redoutables tous deux, mais d'une façon différente, les premiers agissant d'une façon brusque et immédiate, les seconds altérant progressivement, après une période trompeuse de bien-être, les forces physiques et morales de l'individu pour le conduire peu à peu à la dégradation et à la cachexie.

D'une façon générale, la folie produite par la morphinomanie ressemble de tous points à toutes les autres folies toxiques, notamment à la folie alcoolique, et, comme elles, elle se traduit surtout par des accès plus ou moins aigus de manie ou de lypémanie avec insomnie, hallucinations de la vue de nature terrifiante, tremblements, etc. Mais la morphinomanie produit plus rarement la folie que les autres intoxications, et le plus souvent elle donne lieu à des désordres intellectuels qui se limitent dans le domaine de la semi-aliénation.

Quant au traitement, il consiste surtout dans la suppression graduelle du poison, lorsque la suppression brusque ne peut être employée ou détermine les accidents graves de l'abstinence. On y ajoute des adjuvants tels que régime tonique, alcooliques, sédatifs, bromures, chloral, extrait thébaïque, belladone, café, hydrothérapie, repos physique et moral.

La quatrième leçon du livre de M. Ball a pour titre : *Les frontières de la folie*, et elle est consacrée à l'étude de ces personnalités morbides qui, sans être positivement aliénées, n'en sont pas moins incorrectes au point de vue mental. Comparant les frontières de la folie à un vaste territoire aux contours indécis, situé entre la folie et la raison, M. Ball établit quelques départements dans ce domaine et, signalant les principales catégories de malades qu'il renferme, il les passe successivement en revue. C'est ainsi que se trouvent étudiés tour à tour, en quelques pages élégantes et concises, les *émotifs*, qui, sans aucun délire de jugement, éprouvent à certains égards un délire de la volonté et peuvent quelquefois devenir criminels ; les *mystiques*, gens sensés en apparence, et dont les idées religieuses plus ou moins latentes peuvent les porter à commettre toutes sortes d'extravagances et d'insanités ; les *obsédés*, chez lesquels un même mot, une même formule, une même idée, vient à chaque instant se représenter automati-

qnement; les *vertigineux*, qui éprouvent des terreurs morbides en face de certains eepaces ou de certains objets; enfin les *excentriques*, les *irritables*, les *séniles*, lee *sexuels* et les *inventeurs*, que M. Ball se borne à signaler dans ea nomenclature. La leçon se termine par quelques considérations générales sur les *hallucinés* conscients.

La cinquième leçon, qui a pour titre le *Dualisme cérébral*, est consacrée, par des exemples et dee arguments, à la démonstration de cette idée, soutenue aujourd'hui par un grand nombre de savants, que chaque hémisphère cérébral, malgré les liens de solidarité qui l'unissent à son congénère, a un rôle et des fonctions qui lui sont propres. Voici, du reste, en quelque lignes, l'opinion de M. Ball à cet égard : « La spécialisation est en tout la loi du progrès. Dans les sociétés primitives, l'homme exerce tour à tour tous les métiers : dans les pays civilisés, la division du travail devient une règle chaque jour plus impérieuse, et c'est incontestablement à ce système fécond qne les sociétés modernes doivent leur supériorité. Nous voyons se manifeeter ici dans l'ordre social l'action d'une loi qui régit la nature tout entière. La spécialisation des organes est, chez les êtres vivants, la loi du progrès. Les gelées informes qui rampent aux degrés les plus infimee de l'échelle organique n'ont, pour ainsi dire, qu'un seul organe, car le corps tout entier posséde la faculté de s'assimiler les objets qu'il embrasse. A mesure qu'on s'éléve dans l'échelle des êtres, on voit apparaître dee organes spéciaux, et l'un des exemples les plus frappants de ce perfectionnement organique est la distinction des sexee, qui n'existe que chez les animaux enpérieurs. De tous les êtres vivants, l'homme est incontestablement celui que a le plus complètement spécialisé ses organes ; il a poussé ce syetème jusqu'à choisir l'une des moitiésd du cerveau pour penser, pour parler et pour agir, tandis que l'autre moitié paraît eurtout consacrée à la vie végétative et ne sert pour ainsi dire, dans l'existence active, qu'à soutenir l'action de eou aînée. »

La sixième leçon est consacrée à l'étude des *rêves prolongés*, c'est-à-dire de ces accès de folie transitoire dans lesqnels le délire sùccède au rêve et le continue, comme disait Lasègue, non seulement au point de vue chronologique, maie encore au point de vue clinique. Presque toujours, d'ailleurs, cee courts accès de folie s'observent soit chez des alcooliques, soit chez des névrosiques, épileptiques ou hystériques.

Dans la septième et dernière leçon, M. Ball étudie la *folie gémellaire*, on, pour parler plus exactement, la folie chez les jumeaux. Il ne s'agit pas là, bien entendu, d'une forme particuliére d'aliénation mentale, mais seulement de la coïncidence d'un délire identique chez deux jumeaux, en dehors des conditions habituelles où se manifeste la folie à deux on folie commnuiquée. Aprés avoir cité quelques observations très curieuses et trés intéressantes, M. Ball, cherchant la raison de cette particularité morbide, paraît disposé à la trouver dans une profonde similitude dans l'organisation cérébrale de ces jumeaux. Il s'agirait donc, dans ces faite, d'une affinité intellectuelle et dépassant les limites ordinaires de la consanguinité.

Dr E. RÉGIS.

FORMULAIRE

MODE D'ADMINISTRATION DE L'ESSENCE DE TÉRÉSENTHINE DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE.

Nous avons signalé dans le dernier numéro qnelques publications dans lesquelles l'essence de térébenthine est représentée comme ayant donné des résultats extraordinairement satiefaisants dans le traitement de la diphtérie entre les mains de médecins allemands et russes. Le mode d'administration a été le suivant :

POTION A L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

(SATLOW.)

Rec. Essence de térébenthine. 40 grammes.
Ether. . . . . 10 —

M. — Pour un enfant, une cuillerée à thé; pour un adulte, une cuillerée à café, trois fois par jour.

EMULSION D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

(OFNER.)

Rec. Jaune d'œuf. . . . N° 1.
A faire émulsionner dans :
Eau distillée. . . . q. s.
Ajonter :
Essence de térébenthine. 0 gr. 50 à 2 gr., suivant l'âge.
M. — Une cuillerée à café toutes les heures.

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

LE CHOLÉRA A MARSEILLE ET A TOULON. — La décroissance des décès par choléra à Marseille, que noue avons mentionnée dans notre dernière chronique, s'est maintenue pendant le dernier septenaire. Voici les chiffres pnbliés par le bulletin municipal de Marseille :

4 sept.	52 décès.	11 cholériques.
5 —	41 —	11 —
6 —	42 —	10 —
7 —	54 —	16 —
8 —	(?) —	8 —
9 —	32 —	8 —
10 —	33 —	7 —

A Toulon, on signale une amélioration notable, mais on craint que le retour de nombreux émigrants ne fournisse des aliments nonveaux à l'épidémie.

— M. le ministre de l'intérieur, pour concourir aux charges d'assistance publique causées par l'épidémie, vient d'accorder 50,000 fr. au bureau de bienfaisance de Marseille, 50,000 fr. à la commission de secours et 25,000 fr. aux hospices.

— ESPAGNE. — Les quelques nouvelles reçues d'Espagne signalent une décroissance de l'épidémie cholérique, marquée surtout dane l'Aragon et la Navarre.

— ITALIE. — L'apparition du choléra indien en Sicile a été officiellement conetatée.

— Le Congrès de médecine tenu ces jours derniers à Anvers a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant, avant de se séparer :

« L'assainissement des villes et des communes rurales par la propreté s'impose avant tout aux nations, comme moyen de s'opposer à l'invasion des maladies infectieuses. Pour obtenir ces résultats, le Congrès émet le vœu que les autorités centrales aient la direction des mesures sanitaires. »

— La ville de Toulouse a été choisie par l'Association française pour l'avancement des sciences pour tenir ses assises en 1887.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

M. Lunier. — Un concours empressé de collègues et d'amis émus par la nouvelle d'une mort imprévue, ont conduit le 9 septembre, à sa dernière demeure, les restes périssables d'un médecin distingué, savant des plus actifs et des plus sympathiques.

Ludger-Jules-Joseph Lunier, né près de Blois (Loir-et-Cher) en novembre 1822, fit ses études littéraires au collège de Tours. Il vint terminer ses études médicales à Paris et fut nommé interne des hôpitaux le 26 décembre 1844, en compagnie de Laillier, de Robert, de Guhler, de de Beauvais, d'Hervieux et de Broca. Des liens de famille l'unissaient à l'un des maîtres éminents de la médecine mentale, M. Baillarger, et c'est vers cette partie de la science que se dirigèrent les efforts de Lunier, qui fut attaché à la Salpêtrière, puis à l'importante maison fondée à Issy par Esquirol. Il prit son grade de docteur en médecine en 1849 et devint successivement médecin en chef de l'asile d'aliénés de Niort (1851 à 1854), directeur-médecin de l'asile de Blois (1857 à 1864), et enfin inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France (1864 à 1884). Dans ces diverses fonctions, Lunier, qui était doué d'aptitudes administratives des plus variées, rendit les plus grands services; son esprit libéral étant ouvert à toutes les améliorations, dont les déclassés de tout genre et les malades ont tant besoin. Aussi avait-il acquis une grande notoriété dans le monde savant européen. En dehors de ses fonctions officielles, il dépensait une activité vraiment exceptionnelle dans les diverses sociétés scientifiques dont il faisait partie; il avait fondé une Société des plus louables, la Société de tempérance, qui perd en lui sa cheville ouvrière; il s'occupait aussi et en même temps de statistique, d'anthropologie, de législation comparée, et toutes les compagnies dont il faisait partie comptent vraiment peu de membres, aussi assidus que lui, lisant des mémoires, faisant des communications, prenant part à des discussions, toujours d'une manière utile et profitable pour tous. Lunier était en toutes choses d'une grande probité scientifique, son obligeance était parfaite, il rayonnait la sympathie, et la mort inattendue qui est venue le frapper à la suite d'un refroidissement subit, le 31 août dernier, alors qu'il se reposait de ses travaux multiples, pendant une partie de chasse, est venue surprendre tous ses amis. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1883, il est un des rares candidats auquel les luttes de la compétition n'avaient donné aucun ennemi. Ses obsèques ont eu lieu le 9 septembre au cimetière Montparnasse. Puissent les témoignages qui lui ont été rendus sur sa tombe par MM. Valin, au nom de l'Académie de médecine; Foville, au nom de l'Association générale; Motet, au nom de la Société de tempérance; Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; Chauveau, au nom de la Société de statistique; Dureau, au nom de la Société d'anthropologie, la plupart de vieux amis de trente ans, adoucir les pénibles et douloureuses angoisses auxquelles sa veuve, son oncle vénéré, le docteur Baillarger, tous ses parents désolés, sont en proie en ce moment.

Nous citerons parmi ses travaux : *Recherches sur les déformations du crâne* (1849-1869, etc.). — *Mémoires sur le goître et le crétinisme* (1868). — *L'Influence de l'alcoolisme sur la folie et le suicide* (1872-1874). — Ses travaux sur l'*Aliénation mentale*, dont la liste considérable sera donnée dans une notice spéciale. — Ses recherches sur la *Paralysie générale* (1849). — Ses rapports officiels (de 1851 à 1884). Lunier était, depuis 1867, rédacteur en chef des Annales médico-psychologiques, recueil fondé en 1843 par M. Baillarger.

M. Magne. — M. Jean-Henry Magne, né à Sauveterre (Aveyron) le 15 juillet 1804, fit ses études à Lyon, où il suivit de bonne heure les cours de l'École vétérinaire de cette ville. Il prit d'abord du service dans l'armée, puis, à son retour, fut nommé, au concours en 1829, chef de service à l'École vétérinaire de Lyon, et successivement professeur suppléant de physique et de matière médicale en 1832, et professeur titulaire d'agriculture, d'hygiène vétérinaire et de botanique en 1838. Magne fut appelé ensuite à Alfort comme directeur en 1843, et occupa ce poste jusqu'au moment de sa mise à la retraite. Nommé membre de l'Académie de médecine en 1863, dans la section de médecine vétérinaire, il y fut des plus assidus et s'était concilié la sympathie de ses collègues par son aménité. On lui doit plusieurs ouvrages importants qui tous ont eu plusieurs éditions : ainsi des *Principes d'hygiène vétérinaire* (1842-44), du *Traité d'hygiène vétérinaire* (1843-47), un Mémoire sur le *choix des vaches laitières* (1850-1853), etc. Magne est mort dans sa famille, à Corbeil, le 27 août dernier.

Dr A. Dureau.

— Le 30 août dernier est mort à Berlin M. P. Bœrner, fondateur et rédacteur en chef d'un des organes aujourd'hui les plus répandus et les plus considérés de la presse médicale de l'Allemagne (Deutsche medicinische Wochenschrift). M. P. Bœrner a été enlevé à l'âge de 56 ans, par une péritonite aiguë. Il laisse de nombreuses publications, dont quelques-unes ont fait l'objet d'analyses étendues dans ce journal, et qui lui ont valu, principalement dans les questions afférentes à l'hygiène publique, la réputation d'un journaliste de grand talent.

E. R.

— Nous apprenons également la mort de M. Migon, professeur libre d'accouchements, décédé à l'âge de cinquante-neuf ans; — de M. Antonius Pingard, chef du secrétariat de l'Institut de France, décédé à l'âge de quatre-vingt-neuf ans.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques pendant l'année scolaire 1885-1886 est composé comme suit :

Physique. — M. Guebhard, chef des travaux; MM. Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — M. Hanriot, chef des travaux; M. Monange, préparateur; MM. Combes, Groslous et De Thierry, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux; MM. Arthault, préparateur adjoint (*zoologie*); Berger, préparateur adjoint (*botanique*); Blondel, préparateur adjoint (*botanique*).

Physiologie. — M. Laborde, chef des travaux; MM. Rondeau et Gley, préparateurs; MM. Pignol et Martin, préparateurs adjoints.

Histologie. — M. Cadiat, chef des travaux; M. Grancher, préparateur; MM. Sapelier, Lannois, Valude, Chatellier, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — M. Gombaud, chef des travaux : MM. Brault et Chantemesse, préparateurs; MM. Durand-Fardel, Jarodet et Duhar, moniteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Chalot, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1885-1886, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Boyer, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le docteur Alexis Vautrin est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Guillemin, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Joseph Scheel est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Rémy, dont le temps d'exercice est expiré.

***

NOMINATION. — M. le docteur Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, est nommé chirurgien-adjoint des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 30 AOUT AU SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 5. — Rougeole 9. — Scarlatine 6. — Coqueluche 6. — Diphtérie, croup 16. — Choléra 0. — Dysentérie 3. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 29. — Phthisie pulmonaire 164. — Autres tuberculoses 24. — Autres affections générales 55. — Malformation et débilité des âges extrêmes 52. — Bronchite aiguë 14 — Pneumonie 75. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 67. — au sein et mixte 49. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 65. — de l'appareil circulatoire 52. — de l'appareil respiratoire 44. — de l'appareil digestif 42. — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 878 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

La prostitution clandestine, par le docteur Martineau, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Aide-mémoire et Formulaire du médecin-praticien, par le docteur L. Duchesne, ancien interne des hopitaux de Paris, membre de la Société de thérapeutique, etc., 1 vol. petit in-18 de 400 pages. Cartonnage souple avec coins arrondis — Prix : 3 fr. 50. — (Cet ouvrage est le tome Ier de la Bibliothèque médicale de poche, dont nous commençons la publication.) — Paris, librairie Oct. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur les paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques), par le docteur Settinger. In-8. — Prix : 3 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES CYSTITES EN GÉNÉRAL. — TRAITEMENT. — Leçon de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur ERNEST DESNOS, ancien interne des hôpitaux (1).

J'ai aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples de malades qui ont subi cette section vésicale. Je me souviens, entre autres, d'un homme à qui on avait pratiqué deux fois la taille bilatérale, qui avait vu une guérison apparente suivre chacune de ces opérations, mais qui, en fin de compte, était retombé dans le même état; sa cystite n'était pourtant pas des plus rebelle, puisqu'elle fut améliorée à la suite d'instillations de nitrate d'argent. Aussi suis-je encore à croire que, dans la plupart de ces cas, on ne prolonge peut-être pas assez longtemps l'état de suppression physiologique de la vessie. Il ne saurait être question de fixer un terme, mais ce siphonage artificiel de la vessie me semble devoir être proportionné à l'intensité de la douleur; il faut que la vessie se calme complètement, que les lésions, n'étant plus soumises à l'irritation ni à la congestion que provoque en elles un travail physiologique, aient le temps de disparaître ou de s'atténuer.

C'est là une question encore à l'étude, et les éléments ne sont pas assez nombreux pour qu'il me soit permis de tirer une conclusion. Cependant, je pense qu'en face d'une cystite douloureuse, qui a résisté à tous les moyens employés, on est autorisé à faire la section de la vessie. Deux voies s'offrent à vous : le périnée et l'hypogastre.

D'une manière générale, cette dernière voie est celle que je vous conseille de prendre. Elle permet de se rendre un compte plus exact de l'état de la vessie et d'entretenir un écoulement complet et plus prolongé en dehors de l'urètre. Mais il y a dans ces cas particuliers, des contre-indications. S'il s'agit d'un malade jeune, défiez-vous de ce mode opératoire; la vessie, distendue par le liquide injecté, pressée, d'autre part, par le ballon introduit dans le rectum et gonflé par l'eau, rendue intolérante par le fait de l'inflammation, aura des contractions d'une violence extrême, malgré l'anesthésie chloroformique, et vous craindrez légitimement de la voir se rompre pendant l'opération. L'emploi de la taille hypogastrique ne peut donc être conseillé d'une façon absolue; vous aurez alors recours à la section périnéale.

Je viens de vous exposer les divers moyens dont dispose la thérapeutique contre le symptôme douleur; je serai plus bref sur le chapitre de la fréquence, pour cette raison que la douleur entraîne forcément la fréquence, et que diminuer l'un des symptômes c'est affirmer l'autre. Cependant, certains malades ne présentent d'autres symptômes que de la fréquence non pénible des besoins; ce fait s'observe à la suite de cystites qui ont guéri, ou bien chez des tuberculeux, pendant les pé-

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 avril, 18, 25 juillet et 12 septembre 1885.

FEUILLETON

Policlinique

ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF HUMAIN FÉCONDÉ, par le docteur MARTIN-SAINT-ANGE. — Paris, J.-B. Baillère et fils.

Prenant pour épigraphe ces paroles de Montesquieu : « Les « faits sont les meilleurs raisonnements, car un fait est un rai- « sonnement, plus la preuve », M. Martin-Saint-Ange vient de publier un ouvrage de patientes recherches sur les maladies de l'œuf humain fécondé. Dès 1832, il a commencé à recueillir les premiers faits; il les a successivement réunis, et aujourd'hui c'est en réalité sur un ensemble de trois cents cas que s'appuient ses conclusions. Il n'a pas donné au lecteur la peine de s'orienter au milieu d'un si grand nombre d'observations se répétant dans leurs détails. Dans son recueil, il a choisi lui-même, pour les publier, seulement les faits-types qui sont propres à montrer les altérations principales de l'œuf humain. En même temps que le texte de l'ouvrage relate l'histoire des femmes observées, l'atlas donne la représentation des œufs humains fécondés et altérés, dessinés par lui au moment de leur expulsion, avec les nuances de coloration présentée par chaque partie de l'œuf.

Les observations qui ont servi à l'édification de cet ouvrage ont été prises dans la pratique privée, dans la clinique de la ville, dans la policlinique, et elles seront accueillies avec faveur par tous, et plus particulièrement par ceux qui, aux faits constatés au passage dans un service d'hôpital, préfèrent, comme plus utiles aux progrès de l'art, les cas dont les sujets, soumis à une observation attentive, n'ont pas été perdus de vue pendant de longues années.

M. Martin-Saint-Ange a été cet observateur attentif, et il a fait œuvre de policlinique.

Dans ses relations avec Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire et Cuvier, M. Martin-Saint-Ange avait pris le goût de l'anatomie comparée et pendant plus de cinquante ans, depuis sa première publication en 1826, relative à une variété de l'organe utérin chez la femme, jusqu'à son mémoire de 1870 sur la caduque utérine, il a

riodes d'accalmie, quelquefois très longues, de leurs néoplasmes.

On a proposé d'agir mécaniquement sur le col, pour en émousser la sensibilité et, dans ce but, on a conseillé le passage méthodique d'instruments, de bougies de Béniqué, par exemple; des instruments spéciaux ont été inventés; enfin, on a été jusqu'à faire la dilatation du col à travers une incision périnéale. Des succès ont été publiés, et peut-être réussiriez-vous. Je ne puis pourtant pas trop vous pousser dans cette voie, et je dois vous mettre en garde contre un accident fréquent : c'est le retour à l'état aigu de la maladie ; vous risquez, en vous attaquant à un symptôme souvent peu gênant, de faire revivre la cystite. Avant tout, subordonnez vos moyens d'action à l'intensité du mal à combattre.

Ne pourrait-on pas croire que cette fréquence est le résultat d'une mauvaise habitude de la vessie, et alors ne serait-il pas indiqué de tenter une dilatation progressive de la vessie? Cette pratique tournerait facilement contre vous, car vous savez que le meilleur moyen de réveiller la sensibilité de la vessie est de provoquer la distension de cet organe; vous vous exposez non seulement à augmenter, mais à faire renaître les symptômes inflammatoires.

La thérapeutique médicale vous offre quelques ressources : l'opium, la belladone, la jusquiame, administrés par la voie stomachale ou rectale, le bromure de potassium, vous seront souvent utiles. Vous aurez des résultats meilleurs en agissant activement sur la surface cutanée, en employant, sous toutes ses formes, l'hydrothérapie, la balnéation, etc. Un traitement suivi à certaines stations thermales sera encore plus avantageux. Vous n'indiquerez pas, dans ces cas, les eaux que l'on conseille, un peu par routine, à tous les malades souffrant de la vessie, telles que Contrexeville, Evian, etc.; mais c'est l'usage d'eaux plus excitantes et, en particulier, les eaux sulfureuses, qui sont indiquées. Enfin malgré tous ces moyens, vous échouerez souvent contre le symptôme fréquence ; c'est celui sur lequel nous avons le moins de prise, en face duquel on doit le plus patienter et faire patienter les malades. Je ne veux pourtant pas terminer cette énumération sans vous parler de l'électrisation de la vessie par les courants interrompus, comme je le fais depuis longtemps chez les enfants atteints d'incontinence d'urine ; mais c'est un mode de traitement que j'emploie depuis peu de temps encore ; je vous le signale sans vous le recommander.

Un dernier point de thérapeutique nous reste à étudier, ce sont les moyens de modifier les urines. Les altérations de ce liquide ne sont pas toujours en raison directe de la violence des douleurs et de la fréquence. Souvent même, ces deux symptômes ont disparu, alors que les malades ont conservé des urines troubles et purulentes, quelquefois glaireuses. Devons-nous faire porter nos modifications sur l'urine elle-même ou sur les parois vésicales? L'action exercée sur les parois est plus certaine, et, dans ces cas, les lavages vésicaux sont utiles, mais seulement dans les cas où la sensibilité de la vessie n'est pas exagérée.

La vessie peut être lavée par l'urètre ; on peut aussi atteindre ce résultat en augmentant la sécrétion rénale. Les boissons, tisanes diurétiques, trouvent ici leur emploi ; il en est de même des balsamiques, qui viennent heureusement modifier la muqueuse. Ne craignez pas de faire boire abondamment vos malades ; l'action irritante de l'urine sur les parois vésicales sera atténuée. Rappelez-vous les heureux effets des lavages sur d'autres muqueuses, la conjonctive, l'estomac, dont les lavages fournissent d'excellents résultats.

Mais cette irrigation par la voie rénale ne suffit pas, et les lavages directs par l'urètre sont de puissants modificateurs. Doit-on les pratiquer tous les jours, tous les deux ou trois jours, ou plusieurs fois dans la même journée? On ne peut fixer de règle à cet égard; mais, d'une façon générale, il ne faut pas trop les multiplier; même dans les cas les plus torpides, vous devez vous mettre en garde contre le réveil de la sensibilité. C'est au même point de vue que je vous conseille de ne jamais employer de liquide froid, que la vessie supporte difficilement; une réaction et un retour à l'état aigu pourrait en être la conséquence.

La nature du liquide a la plus grande importance. Un grand nombre de substances ont été proposées, très peu sont bien supportées par la vessie. Dans le but de remédier à l'alcalinité des urines, on a essayé d'eau faiblement étendue d'acides chlorhydrique, nitrique ; ces substances ont une action illusoire sur l'urine et n'en ont pas sur la muqueuse. Toutes les substances antiseptiques, le chloral, l'acide phénique, salicylique, sont bonnes en principe, mais mal supportées. Une solution phéniquée, par exemple, n'irrite la vessie qu'à la

---

publié des travaux visant tous les phénomènes de la génération. Comme plus présente à mon souvenir se distingue l' « *Etude de « l'appareil reproducteur dans les cinq classes d'animaux vertébrés au point de vue anatomique, physiologique et zoologique* ».

De ces fortes études antérieures, nous trouvons la trace dans la méthode suivie par M. Martin-Saint-Ange pour analyser les faits et pour en dégager ensuite la tendance commune qui est leur loi. Nous voyons ainsi les investigations du praticien fécondées par les habitudes d'esprit de l'homme de science.

Aussi ce ne sera qu'après avoir bien fait connaître la constitution normale de l'œuf humain que l'auteur abordera l'étude des altérations dont il peut être atteint et qu'il subit en effet.

Il s'occupe d'abord de l'ovulation mensuelle et de l'œuf non fécondé à l'état physiologique et à l'état pathologique, pour aborder ensuite sous ces deux mêmes aspects la fécondation et l'œuf fécondé.

A l'état normal, l'organisme féminin pubère émet à chaque menstruation, un œuf non fécondé qui, de l'ovaire, passe par la trompe dans la cavité utérine, d'où il sort entraîné au dehors avec le sang des règles. Par exception, sous l'influence d'une cause perturbatrice, en quittant l'ovaire cet ovule peut éluder le pavillon de la trompe et tomber dans le péritoine où il est résorbé. Cet accident réel, mais nécessairement méconnu, constitue la première ébauche d'un phénomène d'ordre pathologique, l'ovulation extra-utérine qui, d'ordinaire inaperçue, ne mérite qu'une simple mention; il n'est indiqué que pour établir sa parenté avec le même fait se produisant sur un œuf fécondé que nous verrons tout à l'heure produire un phénomène pathologique d'une haute importance, la grossesse extra-utérine.

Pour le moment, restons sur le terrain de la pathologie de la menstruation, c'est-à-dire de l'émission de l'œuf non fécondé.

Tandis que, à part quelques malaises inhérents à une nouvelle direction du mouvement circulatoire, chez les femmes en bonne santé, la menstruation se prépare et s'effectue sans troubles notables, on remarque, chez quelques jeunes filles et quelques femmes, des règles tellement difficiles et tellement douloureuses que chaque époque est une véritable maladie, qui n'est pas sans rapport de ressemblance avec la puerpéralité, et l'analogie devient encore plus étroite alors que l'ovule non fécondé, sortant avec le sang

condition de ne pas dépasser la proportion de 1 à 2 ponr 1,000, et une telle solution ne possède pas des propriétés antiseptiqnes suffisantes. J'en dirai autant de l'acide salicyliqne et dn salicylate de soude.

C'est l'acide borique que j'ai adopté, après avoir pris conseil de M. Pasteur, qui m'en a conseillé l'emploi en s'appuyant sur ses propriétés antifermentescibles. De plus, il est très bien toléré par la vessie, et les solutions à 3 et 4 pour 100 sont appliquées à tous les malades sans éveiller de manifestations douloureuses ou pénibles.

Un autre agent que vous m'avez vu souvent employer est le nitrate d'argent, dont l'action contre la fermentation est aussi des plus puissante; sous son influence, on voit les urines se modifier rapidement, et quelques injections font passer les urines de l'état alcalin à l'état acide et normal. On est en droit de se demander si cette action s'exerce sur les urines ou si elle se fait sentir sur les parois de la vessie; or, je n'hésite pas à vous dire que c'est surtout sur la muqueuse vésicale que porte l'action du nitrate d'argent. L'altération de l'urine est d'ailleurs liée de la façon la plus intime à l'intégrité ou à l'altération des parois vésicales. M. le docteur Guiard a fait sur ce point des recherches du plus haut intérêt, que vous trouverez consignées dans sa thèse inaugurale. L'alcalinité ne peut se produire et surtont être entretenue qu'à la condition que les parois vésicales soient enflammées; or une modification de ces parois malades est suivie à très bref délai du retour à l'état acide des urines.

Les injections de nitrate d'argent, s'adressant à toute la muqueuse vésicale, doivent être à un titre peu élevé. Mercier, qui les a surtout recommandées, avait d'abord conseillé des solutions fortes, puis s'était arrêté à la solution au 1/500°. C'est aussi celle que j'emploie le plus ordinairement; elle est bien supportée, provoque peu de douleurs vives et modifie heureusement la muqueuse et l'urine. Dans des cas déterminés, on pourra arriver à des doses plus fortes; mais je vous conseille de n'employer une solution au 300 ou 200° qu'après avoir expérimenté une solution moins concentrée. Dans certains cas même, vous serez amenés à vous servir d'une solution au 100°, mais ce ne sera guère possible que chez la femme dont la vessie est en général plus tolérante.

Je n'ai pas l'intention de vous retracer ici le manuel opératoire des injections vésicales, que je vous ai souvent exposé. D'une façon générale, une injection vésicale ne doit pas dépasser 60 grammes; on doit la renouveler à plusieurs reprises, la faire par petits coups, de façon à ne pas réveiller la sensibilité de la vessie. Il est bien entendn que je ne vous conseille pas de vous limiter aux deux agents dont je vons ai parlé : l'acide borique et le nitrate d'argent; je vous les ai signalés comme m'ayant donné les meilleurs résultats; mais, dans des circonstances spéciales, l'ean de goudron, une décoction de bourgeons de sapin, d'eucalyptus, peuvent être employés dans une certaine mesure. Rappelez-vons toutefois, quand vous croirez devoir employer ces substances contre les cystiques chroniques, que le lavage de la vessie s'effectue très avantageusement par la voie rénale et qu'il est bon d'administrer des boissons en abondance chargées ou non des subtances dont je viens de vous parler.

Souvent, ces lavages constituent un moyen trop étendu, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à toute la surface de la vessie, alors qn'une partie seulement doit en être modifiée : vons aurez alors recours à l'injection d'une très faible quantité de liquide, limitée à une portion de la vessie, je veux parler des instillations. Vous connaissez la manière de les pratiquer; vous savez qu'elles sont destinées à la portion profonde de l'urètre on à l'entrée de la vessie. En instillations, la solution que j'emploie est presque toujours le nitrate d'argent; après de nombreux essais, je l'ai adopté définitivement comme constituant à mes yeux le meilleur modificateur des muqueuses. Une solution à 1/50° est celle que j'emploie le plus souvent, mais vous pourrez vous servir de doses beaucoup plus fortes, à 1/25, 1/10 et 1/6. Il m'est arrivé d'essayer des solutions plus concentrées encore, à gramme pour gramme. Je ne vous les conseille pas, car c'est vous exposer à des accidents, à provoquer des douleurs d'une violence extrême et des hémorrhagies. Au contraire, avec des doses faibles, vous obtiendrez d'heureux effets dans les cas de saignement de la région cervicale; je ne connais pas d'hémostatique plns parfait que le nitrate d'argent porté sur le col de la vessie, à la condition que la solution ne dépasse pas le titre de 1/50 à 1/25. Il en est de même dans les cystites douloureuses : la région la plus sensible est précisément la région cervicale qni est accessible aux instillations, tandis qne toute injection dirigée sur la totalité de la muqueuse vésicale est très mal supportée et redouble les souffrances.

menstruel en partie coagulé, est accompagné d'une membrane dysménorrhéale émise en bloc ou en lambeaux. Cette membrane a l'aspect de la caduque, et, en effet, comme la caduque, elle est formée par la couche superficielle détachée de la muqueuse utérine. Aussi la menstruation difficile accompagnée de la sortie de la membrane dysménorrhéale a-t-elle été souvent confondue avec un produit abortif qui, comme elle, sort en bloc ou donne lieu à la sortie du sang coagulé mêlé à des débris membraneux. Que cette menstruation avec émission, surtout en bloc, de membrane dysménorrhéale se produise chez une personne non mariée ; que le chirurgien la qualifie de fausse-couche, et l'on peut se représenter les conséquences de cette erreur de diagnostic venant atteindre la considération d'une personne irréprochable et la tranquillité d'une honorable famille.

L'auteur donne dans la planche III la figure de cinq membranes dysménorrhéales recueuillies par lui : la première, chez une jeune fille de quinze ans; des deux suivantes, l'une sur une femme de trente-sept ans, mariée depuis vingt ans, et l'autre sur une femme âgée de trente-quatre ans, mariée depuis douze ans. Aucune d'elles n'a jamais conçu. La fécondité a été remarquée chez les deux dernières; ainsi la quatrième figure représente une membrane dysménorrhéale issue d'une jeune fille, âgée de seize ans au moment de l'observation, qui s'est mariée à vingt-quatre ans, et a eu depuis trois enfants; et la membrane, figurée sous le n° 5, concerne une négresse, âgée de trente et un ans, qui a eu un enfant cinq ans après son mariage; la menstruation dysménorrhéique s'est produite après son accouchement, pendant qu'elle allaitait son enfant.

De l'examen des cinq membranes dysménorrhéales dans l'atlas et de leur explication, il résulte qu'on peut toujours différencier la membrane dysménorrhéale de la membrane caduque d'un produit abortif.

Lorsque la membrane dysménorrhéale est sortie en bloc, intacte, elle se reconnaît à un caractère positif : la membrane dysménorrhéale est formée par un seul feuillet circonscrivant une cavité unique et vide, percé de trois ouvertures correspondant l'une à l'orifice utérin des trompes. C'est un moule exact de la cavité utérine, ne contenant rien, tandis que la sortie en bloc et intacte provenant d'une fausse-couche est formée : 1° des deux feuillets pariétal et réfléchi entre lesquels se trouve une chambre virtuelle ;

La quantité de liquide que vous devrez verser sur le col est essentiellement variable; d'une manière générale, elle sera d'autant moins considérable que la solution est plus concentrée. Dans les cas dont je vous parlais, où je me servais d'une solution presque saturée, deux gouttes ont suffi pour amener des accidents assez sérieux. Dans les cas les plus ordinaires, 20, 40, 60 gouttes, sont les quantités que vous devrez employer pour obtenir des résultats satisfaisants.

En terminant, je vous résumerai ainsi cette thérapeutique des cystites basée sur les injections. Emploi d'un liquide non agressif, ordinairement tiède. Précaution de pousser par petites quantités. Quand la vessie est douloureuse ou irritable, rejetez les injections totales, employez les instillations qui vous permettront, après une réaction un peu vive, de diminuer la douleur et d'arrêter les tendances hémorrhagiques.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

OBSERVATIONS DE THYROÏDITE AIGUË.

La thyroïdite aiguë, si on entend par là l'inflammation de la glande thyroïde *saine*, est une affection rare. L'opinion contraire a été émise par Bauchet (1) dans un excellent mémoire sur le goître aigu; mais cet auteur a envisagé à la fois la thyroïdite aiguë, définie comme nous venons de le faire, et l'inflammation de la glande thyroïde envahie par une dégénérescence goîtreuse préexistante, deux formes qui diffèrent par leur évolution, leur pronostic et par le traitement qu'elles réclament.

La vérité est que les exemples de thyroïdite aiguë proprement dite sont clair-semés dans les recueils de la littérature médicale. On a distingué une forme traumatique, une forme spontanée et une forme métastatique. Lücke (2), auteur du plus complet des travaux d'ensemble sur la pathologie de la glande thyroïde, estime à une douzaine le nombre des cas de thyroïdite aiguë spontanée, publiés jusque dans ces derniers temps. Les observations connues de thyroïdite métastatique ou, pour parler plus exactement, de l'inflammation thyroïdienne survenue à titre d'affection intercurrente, dans le cours d'une autre maladie, ne sont guère plus nombreux. Parmi ces maladies, on cite la pyémie, les affections puerpérales (1), la variole (2), la fièvre typhoïde (3). Dans aucun des travaux publiés sur la thyroïdite aiguë, nous n'avons trouvé mentionnée, à propos de l'étiologie de celle-ci, le rhumatisme articulaire aigu. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de publier deux observations de thyroïdite aiguë rhumatismale, qu'a bien voulu nous communiquer notre ami, M. F. Raymond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Nous les avons fait précéder d'une observation (résumée) du même genre, qui a été recueillie jadis par M. Raymond dans le service de M. le professeur Vulpian et qui figure dans une des publications de ce maître. Nous rappellerons incidemment que M. Mollière (4) a été le premier à mentionner un cas de thyroïdite aiguë consécutive à une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Nous joindrons à ces trois observations deux autres de thyroïdite survenue sous l'influence de la malaria, nous réservant de faire suivre la relation de ces faits de quelques réflexions.

OBSERVATION I. (résumée). — *Rhumatisme articulaire chronique. — Manifestations rhumatismales subaiguës. — Thyroïdite rhumatismale.* — (Observation recueillie par M. F. RAYMOND et publiée dans la « Clinique de l'hôpital de la Charité » du professeur Vulpian.)

Auguste P..., 23 ans, typographe, entré à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Vulpian, le 7 juin 1877. Ses antécédents pathologiques paraissent se réduire à une rougeole bénigne. A la suite de l'exposition répétée au froid (coucher en plein air), douleurs et gonflement articulaires; les douleurs se localisèrent aux genoux et aux articulations phalangiennes des doigts, qui devin-

(1) L.-J. Bauchet. *De la thyroïdite (goître aigu)*. GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1857, nos 2, 4, 5 et 6.

(2) Lücke. In : *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*, von PITHA UND BILLROTH, t. II, 1re partie. — *Maladies de la glande thyroïde*.

(1) Voir Chantreuil. *Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral*. GAZETTE DES HÔPITAUX, 1866, no 125, et Laure, *Société méd. de Lyon*, janvier 1873.

(2) Liouville. *Mémoires de la Société de biologie*, 1870, t. II, p. 91.

(3) *Société clinique*, 1880.

(4) *Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1873, p. 25.

2o d'une chambre ou cavité effective contenant l'ovule fécondé muni de tous ses organes ou réduit au chorion villeux.

Lorsque la membrane dysménorrhéale est sortie par fragments mêlés au sang, on la distinguera des débris de caduque par deux caractères négatifs : sur la face par laquelle elle adhérait, absence de vaisseaux utéro-placentaires disposés en spirale; absence de filaments blancs qui représentent les villosités choriales altérées. Ces deux éléments existent, au contraire, sur la face villeuse des débris de caduque.

D'où se dégage cette conclusion pratique : par les caractères propres à la fausse membrane et par les caractères propres à la caduque utérine, on distinguera toujours sûrement les produits des règles dysménorrhéiques des produits d'un avortement.

Passant à l'étude de la fécondation et de l'œuf fécondé, l'auteur examine, au point de vue physiologique, les différentes phases par lesquelles passe cet œuf après l'intervention féconde du mâle. L'œuf se détache de l'ovaire, chemine dans la trompe, arrive dans la cavité utérine dont la muqueuse boursouflée par la congestion présente des mamelons ou véritables bourgeons charnus séparés par des sillons; il se loge au fond d'un de ces sillons et il voit les deux bourgeons voisins entre lesquels il est placé de plus en plus turgescents remonter sur son pourtour, comme, suivant la comparaison de Coste, les bourgeons de la surface grenue d'une plaie de cautère remontent au pourtour d'un pois qui finirait par être enseveli sous les chairs fongueuses réunies sur lui; puis, continuant leur ascension, les bourgeons utérins finissent par se rencontrer sur le pôle jusqu'alors nu de l'ovule, s'agglutinent sur lui et emprisonnent complètement l'œuf auquel ils forment une chambre incubatrice fermée. Ces bourgeons agglutinés deviennent la caduque réfléchie entourant l'œuf. A mesure que l'œuf grandit, cette membrane, pour continuer à le contenir, se distend en s'amincissant, gagnant en étendue ce qu'elle perd en épaisseur. Cette caduque réfléchie vient ensuite se mettre en contact par sa face externe avec les bourgeons qui recouvrent le reste de la cavité utérine, lesquels, ainsi comprimés, de surface mamelonnée deviennent surface lisse et polie et constituent la caduque pariétale. La portion de la caduque pariétale sur laquelle a été, dès le principe, directement appliqué l'œuf, en arrivant dans le sillon utérin, constitue la sérotine, c'est-à-dire la portion de muqueuse utérine

rent noueuses. Par moment, torticolis. L'exacerbation subite des douleurs a déterminé le malade à se faire admettre à l'hôpital. Au moment de l'entrée, on constate de légères douleurs dans les articulations des épaules et des genoux; en outre, les articulations des deux premières phalanges de chaque doigt, du médius principalement, sont noueuses, un peu endolories.

Les battements du cœur sont à la fois forts et précipités, le premier bruit soufflant à la base. Double souffle dans les vaisseaux du cou. Ni sucre ni albumine dans l'urine; appétit conservé. Traitement : sulfate de quinine, 1 gramme en deux paquets; tisane de chiendent.

9 juin. — Fièvre intense dans la nuit, avec douleur de gorge; dysphagie, dyspnée. Le matin, on constate l'existence d'une tuméfaction considérable des deux lobes latéraux de la thyroïde, tuméfaction moindre du lobe médian. La glande est douloureuse à la pression; pas de changement de couleur à la peau. La figure et les yeux sont congestionnés; céphalalgie, dyspnée violente. Traitement : une purgation; sulfate de quinine, 1 gr. 50, à prendre en trois paquets. Frictions avec la pommade à l'iodure de potassium.

10 juin. — La fièvre est tombée; la tuméfaction et l'endolorissement de la glande thyroïde ont un peu diminué. Les articulations ne sont plus douloureuses. Même traitement, moins la purgation.

Le 20 juin, le malade profite d'une permission de sortir et ne revient plus.

Obs. II (1). — *Rhumatisme articulaire aigu. — Thyroïdite rhumatismale.* — Communiquée par M. F. Raymond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La nommée Marie M..., âgée de 20 ans, domestique, est entrée le 1er mai 1885 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, lit no 5, dans le service de M. Raymond.

Antécédents morbides héréditaires. — Père mort à 45 ans; la mère est sujette aux douleurs rhumatismales; deux frères et une sœur tous bien portants. Pas de goître dans la famille.

Antécédents morbides personnels. — Habite Paris depuis un mois; auparavant habitait la campagne chez ses parents, où elle travaillait la terre. Pas de maladies dans son enfance, du moins elle ne se rappelle pas d'avoir été quelquefois malade. Jamais de rhumatisme ni d'éruption cutanée; réglée depuis l'âge de 16 ans. Jamais de troubles menstruels, ni de poussées congestives du côté de la glande thyroïde,

Dans la nuit du 30 avril au 1er mai, elle a été prise pour la première fois de douleurs dans les articulations des chevilles, du poignet et des doigts du côté droit, de l'épaule et du genou du côté gauche. En même temps que ces douleurs dans les articulations, la malade a ressenti une violente douleur au cou. Toutes ces douleurs étaient accompagnées de frissons, céphalalgie, d'étouffements et d'une grande soif. Elle remarquait qu'en même temps son cou devenait gros. Les douleurs étaient tellement fortes qu'elle entra le lendemain à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est une femme d'une taille moyenne, bien constituée; la face et tout le corps sont couverts d'une légère sueur.

Les articulations des premières avec les deuxièmes phalanges de la main droite sont gonflées et douloureuses. Ce sont surtout l'annulaire et le petit doigt qui sont le plus atteints. Le poignet droit est aussi gonflé et douloureux. Légère douleur dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Le genou gauche est gonflé et douloureux. Il présente un petit épanchement. Les deux chevilles sont aussi gonflées et douloureuses.

En dehors de ces douleurs articulaires, la malade éprouve une douleur assez forte au niveau de la glande thyroïde. En touchant le corps thyroïde, on détermine de vives souffrances. La douleur occupe toute la région antérieure du cou, mais son maximum se trouve au niveau de la glande thyroïde. On constate une augmentation de volume de tout le corps thyroïde, surtout du lobe droit. La peau, au niveau de la tumeur, est un peu tendue. Elle n'est ni rouge ni œdématiée. Elle n'adhère pas à la tumeur. Il y a de la dysphagie. Pendant les déglutitions, la tumeur suit le mouvement du larynx. La malade est par moments gênée dans la respiration, la dyspnée est assez violente. La circonférence du cou, au niveau du corps thyroïde, mesure 36 centimètres.

Rien au cœur, ni dans les poumons. Ni sucre ni albumine dans les urines. T. S. 38°,4.

Traitement. — Salicylate de soude, 6 grammes.

2 mai. — T. M. 37°,4; T. S. 37°,8. La malade se sent beaucoup mieux. La dyspnée et la dysphagie ont disparu. Atténuation des douleurs articulaires. La glande thyroïde n'est presque plus douloureuse. Le cou a diminué de volume; il ne mesure plus que 35 centimètres. Même traitement.

3 mai. — Disparition presque complète des douleurs dans l'épaule gauche, dans le poignet, dans les articulations des doigts du côté droit. La circonférence du cou ne mesure plus que 34 centimètres 1/2. T. 37°,2. Même traitement.

5 mai. — La malade, qui s'est levée hier, est prise d'une nouvelle poussée rhumatismale au genou gauche et à la cheville droite. Douleur précordiale. Irrégularité des contractions cardiaques.

(1) Cette observation, ainsi que la suivante, a paru dans la thèse toute récente, écrite sous l'inspiration de M. F. Raymond, de M. E. Zouiovitch : *De la thyroïdite aiguë rhumatismale.* Thèses de Paris, 1885.

---

dans laquelle s'hypertrophieront les villosités choriales et qui formera la gangue du placenta.

En même temps que ces phénomènes s'accomplissent sur la muqueuse utérine, la surface de l'œuf se hérisse de villosités qui pénètrent la caduque réfléchie et la caduque sérotine; puis les villosités de la caduque réfléchie s'atrophient pendant que les villosités correspondant à la sérotine s'hypertrophient et se mettent en rapport avec les vaisseaux de la mère pour y puiser les éléments de l'accroissement du nouvel être.

Concomitamment s'accomplissent dans l'intérieur de l'œuf les phénomènes de la segmentation du vitellus ou jaune dont les granulations, individualisées en cellules, vont former : 1° le feuillet externe du blastoderme qui engendre les téguments de l'embryon, l'amnios, le deuxième chorion qui vient doubler la face interne du premier chorion ou membrane vitelline et des villosités choriales; 2° le feuillet interne du blastoderme qui va former le canal intestinal, la vésicule ombilicale, la vésicule allantoïde, laquelle constitue bientôt elle-même la troisième couche choriale qui va tapisser, sous forme de membrane vasculaire, la cavité de chaque villosité choriale.

Dès lors l'œuf est constitué par :

1° La caduque pariétale et réfléchie;

2° Le chorion ayant trois feuillets : le plus externe formé par la membrane vitelline, le moyen formé par le feuillet externe du blastoderme, et le plus interne formé par l'allantoïde;

3° L'amnios qui, adhérant légèrement à la paroi interne de la vésicule allantoïde, à l'aide du magma réticulé de Velpeau, se replie sur le pédicule de la vésicule ombilicale et sur celui de la vésicule allantoïde, de manière à les contenir avec leurs vaisseaux comme dans un étui qui forme la gaine du cordon ombilical, émanation des deux vésicules et de l'amnios;

4° L'embryon.

Ainsi évolue l'œuf humain à l'état normal, perfectionnant son organisation pendant toute la gestation, jusqu'à l'accouchement qui s'effectue par les voies naturelles.

Mais, de même que nous avons vu l'œuf non fécondé en sortant de l'ovaire éluder le pavillon de la trompe et tomber dans le péritoine pour donner lieu à une ovulation extra-utérine, de même, au moment de la fécondation, sous l'influence d'une adhérence ou d'un spasme de la trompe, d'une émotion, d'un mouve-

T. M. 37°,6. Traitement : en plus des 6 grammes de salicylate de soude, vésicatoire sur la région précordiale.

6 mai. — Les manifestations articulaires sont limitées à la cheville gauche. La douleur précordiale a disparu.

8 mai. — Le rythme cardiaque est redevenu plus régulier. Circonférence du cou, 34 centimètres. — Salicylate de soude, 4 grammes.

10 mai. — Toutes les articulations sont libres. — Salicylate de soude, 2 grammes.

Dans les jours qui suivirent, des douleurs musculaires dans les jambes ont nécessité des frictions avec le baume Oppodeldoch. La glande thyroïde reste un peu augmentée de volume. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 21 mai.

Obs. III. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Thyroïdite intercurrente.* (Communiquée par M. F. Raymond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.)

Ambroisine Ch..., 29 ans, fleuriste, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, salle Roux, no 9, dans le service de M. Raymond, le 8 juin 1885.

Antécédents morbides héréditaires. — Père sujet aux douleurs rhumatismales ; un jeune frère a eu souvent des convulsions avant l'âge de cinq ans.

Antécédents personnels. — Mariée depuis vingt-deux ans, elle a eu quatre enfants. Son dernier accouchement date de trois mois. Tous ses enfants ont eu des convulsions. Elle n'a jamais eu de congestions du côté de la glande thyroïde, aux époques menstruelles.

Il y a cinq mois, à la suite du chagrin que lui a causé la mort d'un de ses enfants, douleurs dans les jambes, marquées surtout dans les jointures. En même temps, douleurs violentes au niveau de la glande thyroïde avec gonflement du cou.

Deux mois après, à la suite de son dernier accouchement, nouvelle poussée de douleurs articulaires, avec gonflement douloureux de la glande thyroïde.

Le 6 juin, en revenant du lavoir, la malade est prise d'une fièvre violente annoncée par des frissons : céphalalgie, douleurs dans les articulations du cou-de-pied, du genou et de l'épaule des deux côtés. Douleur vive au niveau de la glande thyroïde, assez forte pour gêner les mouvements du cou, qui était très gonflé ; dyspnée et dysphagie ; gonflement de la face et des yeux.

Un médecin consulté prescrit 3 grammes de salicylate de soude. Cette médication procure un soulagement considérable. Mais, dans l'impossibilité où elle est de se soigner chez elle, la malade se décide à entrer à l'hôpital le 8 juin.

Etat présent. — Le 9 juin. — C'est une femme petite, pâle et maigre. Les articulations des poignets, des coudes, des épaules, des chevilles et des genoux sont très peu douloureuses. Aucune de ces articulations ne paraît enflée. Les genoux et les condes sont le siège de craquements quand on les ploie. Les lobes latéraux du corps thyroïde ont augmenté de volume. Le lobe droit est plus volumineux que le lobe gauche. La glande thyroïde n'est pas douloureuse à la pression. Pas de fièvre. Température 37°,4. Hors de cela, la malade ressent tous les jours, vers le soir, des douleurs dans les jambes. Elle compare ces douleurs à des coups de lance. Ces élancements sont plus forts quand elle est au lit, et ils sont quelquefois tellement violents qu'elle ne peut pas dormir toute la nuit. Elle marche bien et sent très bien le sol. Les réflexes rotuliens sont conservés. Elle souffre aussi dans la région costale inférieure de deux côtés ; la douleur se propage quelquefois en avant et en arrière pour former une douleur en ceinture. Elle ressent aussi des élancements dans les yeux, qui, après cela, enflent et pleurent. Pas de diplopie.

Rien au cœur, ni dans les poumons. Ni sucre ni albumine dans les urines. Traitement. — Vin de quinquina et sirop d'iodure de fer.

11 juin. — Plus de douleurs dans les articulations. La glande thyroïde est un peu moins volumineuse. Les élancements dans les jambes et dans les yeux existent toujours. C'est dans les yeux que les élancements sont plus forts. On ordonne 2 gr. 50 d'iodure et 5 grammes de bromure de potassium. On continue toujours le vin de quinquina et le sirop d'iodure de fer.

15 juin. — Les élancements dans les jambes et la douleur en ceinture sont plus faibles, ceux dans les yeux et dans la tête persistent, mais diminuent le lendemain et le surlendemain.

18 juin. — Léger mal de gorge. La muqueuse du pharynx et les amygdales sont un peu rouges. Gargarisme émollient.

20 juin. — Le mal de gorge s'est dissipé. Les élancements dans les jambes et dans les yeux ont presque entièrement disparu. Cette femme quitte l'hôpital, à peu près guérie, le 26 juin.

E. Ricklin.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Obstétrique et gynécologie

Rapport entre la longueur du pied et le développement du fœtus, par le docteur P. Négri.

Le docteur Alfred Gœnner a publié, en 1883, un travail sur

ment inopportun, nous pouvons voir l'œuf fécondé ne pas s'engager dans l'oviducte et passer de l'ovaire dans le péritoine pour constituer ainsi la grossesse extra-utérine, premier phénomène d'ordre pathologique relatif à l'œuf fécondé.

Avec les données de la physiologie normale, nous serions portés à présumer qu'un œuf fécondé, n'arrivant pas à l'utérus et s'égarant entre deux circonvolutions intestinales dans la cavité du péritoine, va nécessairement entrer dans une phase régressive et disparaître par résorption comme l'œuf non fécondé de l'ovulation extra-utérine. Les faits viennent donner tort à ces présomptions ; même en dehors de l'utérus, l'œuf fécondé égaré dans le péritoine donne lieu à une vascularisation de la membrane péritonéale qui crée autour de l'ovule un kyste riche en vaisseaux, lesquels se mettent en rapport avec les villosités choriales, et ce kyste remplace la caduque et, comme elle, forme autour de l'œuf humain un véritable organe de mitoyenneté entre lui et la mère, organe qui lui permet de vivre, et, à l'aide des grands appareils organiques émanés du blastoderme, l'œuf se trouve avoir en lui tous les éléments nécessaires pour parcourir toutes les phases de son développement jusqu'à la parturition exclusivement.

Il n'entrait pas dans le plan de l'auteur de nous faire l'histoire pathologique de la grossesse extra-utérine, des accidents variés qu'elle peut engendrer et de l'intervention chirurgicale qu'elle commande. Il a du se borner à déduire de l'évolution de la grossesse extra-utérine cette conséquence que l'importance de la caduque réside non dans une attribution spéciale, mais dans une fonction générale de vascularisation propre à établir entre les organes maternels et les organes fœtaux l'échange circulatoire nécessaire à la nutrition et au développement de l'œuf. Et comme il ne donne que des observations de grossesse utérine, l'objectif de son œuvre est d'établir que le phénomène prochain, immédiat, qui provoque l'expulsion prématurée de l'œuf humain fécondé est une lésion de circulation de l'organe ordinaire de mitoyenneté, de la caduque.

C'est à démontrer par des faits cette lésion de circulation qu'est consacrée la publication de M. Martin-Saint-Ange.

Or, cette lésion de circulation a des degrés :

Une fluxion sanguine se produisant dans la muqueuse utérine peut amener l'expulsion d'un œuf fécondé récemment arrivé dans la matrice. Depuis longtemps, on a observé que chez les vaches et les juments, le simple voisinage dans la même étable avec un

ce sujet. De ses recherches, il a tiré les conclusions suivantes :

Un pied de 8 cent. de long indique que le fœtus pèse 3 kilogr. et plus ; si la longueur du pied dépasse 8 cent., il est à présumer que le fœtus dépasse la moyenne, et l'on doit s'attendre à une extraction manuelle difficile.

Dans ces derniers temps, le docteur P. Negri a repris la question, et les résultats de ses mensurations lui ont permis d'avancer qu'il existe un rapport constant entre la longueur du pied et le développement fœtal ; le pied augmente de longueur proportionnellement au développement du fœtus. Un pied long de 80 millim. témoigne en faveur d'un fœtus de 3,500 grammes (ANNALI DI UNIV., 1885, n^os^ 5 et 6).

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA MORT DU FŒTUS PAR LE PALPER ABDOMINAL, par P. NEGRI.

On sait qu'après la mort, le corps du fœtus perd de plus en plus ses contours caractéristiques, et si la macération est assez avancée, il peut arriver que le palper ne permette pas de se rendre compte de la présence du fœtus. L'auteur rapporte à l'appui l'observation suivante :

Femme de 26 ans, reçue à la clinique le 30 mars 1885. Menstruée à 13 ans pour la première fois, et régulièrement depuis cette époque jusqu'à fin août 1884.

Mariée le 13 août, la femme se croit enceinte depuis ce jour-là ; ne se rappelle pas l'époque où elle a senti les mouvements de l'enfant, assure qu'elle ne les sent plus depuis quinze jours. Aucun phénomène du côté du ventre, des mamelles, de l'état général, n'a attiré son attention.

Examen du 1er avril : le ventre est occupé par une tumeur développée comme un utérus à 7 mois de grossesse ; cette tumeur occupe la ligne médiane. L'auscultation attentive ne laisse percevoir qu'un lointain souffle utérin sur les parties latérales.

Au palper, la tumeur paraît élastique uniformément, et la main n'arrive pas à reconnaître de parties fœtales ; l'exploration de la cavité pelvienne ne permet pas davantage de déterminer la présentation. Seulement, dans la partie supérieure gauche, presqu'à la hauteur de la cicatrice ombilicale, la palpation réussit à établir la présence d'une partie plus volumineuse, mais qui n'offre pas les caractères de la tête fœtale.

Par conséquent, le palper, en admettant que la tumeur soit constituée par l'utérus augmenté de volume (et cela peut être admis par suite des alternatives constatées de contraction et de relâchement de la tumeur), ne permet pas de décider si un fœtus y est contenu, et, par suite, de s'assurer de sa situation et de son attitude. Vers le pôle supérieur de la tumeur, en donnant de petits coups secs avec les doigts, on perçoit une sorte de crépitation.

Examen vaginal. — Col ramolli dans la portion vaginale, orifice externe irrégulier, légèrement ouvert ; segment inférieur gros, développé en entonnoir. Aucun engagement ; on arrive difficilement et en exerçant une forte pression sur l'abdomen sur une partie volumineuse, irrégulière ; le ballottement interne n'est pas perceptible.

En prenant en considération l'interrogatoire et l'ensemble des signes observés, on peut sans doute émettre le diagnostic de grossesse ; mais on ne saurait le poser d'une façon absolue ; seule, la crépitation perçue à l'extrémité supérieure de l'ovoïde rend certain le diagnostic de grossesse, avec macération avancée du fœtus et présentation du siège.

Le 8 avril, un fœtus mort et macéré, du poids de 1,650 grammes, fut expulsé en présentation du siège (S. I. G. A.).

La malade se rétablit rapidement.

Ainsi, la crépitation que le palper permet de percevoir dans la région correspondant à la tête fœtale peut être considérée comme un excellent signe pour établir la mort du fœtus et, dans les cas douteux, pour poser le diagnostic de grossesse. (ANNALI UNIV., 1885, n^os^ 5 et 6.)

MARIUS REY.

GROSSESSE POSTÉRIEUREMENT A UNE DOUBLE OVARIOTOMIE, par le professeur SCHATZ, de Rostock (1).

M. Schatz a pratiqué, le 20 février 1880, une double ovariotomie sur une jeune fille de 20 ans, qui était vierge à cette époque. L'ovaire du côté gauche, dégénéré dans toute sa masse, fut enlevé en totalité, avec le tiers externe de la trompe de Fallope. Sur le pédicule, on appliqua une double rangée de ligatures avec des fils de soie. L'ovaire du côté droit avait environ le volume d'une noix et se trouvait manifestement en état de dégénérescence kystique. On l'isola au moyen de trois

(1) CENTRALBLATT FÜR GYNÆKOLOGIE, 1885, no 23.

mâle de leur espèce devient une cause d'avortement en déterminant une fluxion utérine. Parent-Duchatelet avait déjà fait remarquer que si les vierges folles sont rarement mères, ce n'est pas parce qu'elles ont à l'imprégnation une aptitude moins grande, mais bien parce qu'elles avortent fréquemment, et ces avortements passent inaperçus parce qu'ils se produisent dès les premières semaines, déterminés par des excès de copulation, cause de fluxion utérine.

Alors que dans l'état de vacuité, le courant sanguin amené dans l'utérus par chaque période menstruelle se dissipe par l'hémorrhagie de chaque mois, dans l'état de gravidité, le même apport de sang se fixe sur l'organe et pourvoit aux nouveaux besoins de sa nutrition et de son développement ; et ce liquide nourricier, outre les canaux anciens solides et résistants qu'il parcourt, est admis dans des vaisseaux de nouvelle formation plus ténus et plus délicats. Que par une excitation nerveuse émotive, par un mouvement somatique exagéré, la pression sanguine dépasse la mesure du degré de résistance des parois des nouveaux vaisseaux allantoïdiens, tapissant la cavité interne des villosités choriales, et, suivant l'intensité de l'impulsion, il se produira une fluxion, une congestion ou une apoplexie de la caduque et plus la perturbation circulatoire sera voisine des premiers phénomènes de l'évolution de l'œuf fécondé, plus son action sera nocive sur le germe. Dans bien des cas où l'expulsion de l'œuf ne s'est faite que trois mois, quatre mois après l'imprégnation, le phénomène initial datait déjà de un mois, deux mois et plus, ce qu'attestait le degré de développement de l'ovule.

Dans les premiers jours de l'arrivée de l'ovule dans la cavité utérine, quand les mamelons ou bourgeons charnus de la muqueuse entourent l'ovule sans le recouvrir, quand l'ombilic de la caduque réfléchie n'est point encore fermé pour clore la cavité incubatrice, quand, en un mot, l'ovule n'est qu'enchâssé, serti dans la caduque réfléchie, comme le petit gland dans sa cupule, une simple hyperhémie, une simple fluxion utérine suffit pour attirer sa vascularisation, nuire à sa nutrition, arrêter son développement et amener son expulsion. Dans une période plus avancée, une congestion active produit le même résultat, et plus tard encore une apoplexie de la caduque compromet l'évolution de l'œuf déjà solidement greffé sur les organes maternels. Si, en effet, le sang extravasé interrompt la circulation des vaisseaux qui, de la mère, vont à l'en-

ligatures appliquées entre la glande et le ligament large. L'extirpation de cet ovaire eut lieu de telle sorte qu'il ne resta en place qu'une bande de tissu ovarique de 2 millimètres de largeur. On ne toucha pas à la trompe droite; l'opération n'eut pas de suites fâcheuses. Quatre semaines après l'opération (21 mars), la malade, en guise d'un flux menstruel, eut une violente crise douloureuse, plus marquée dans l'hypochondre et la cuisse du côté droit, avec vomissement et fièvre; cette crise dura quatre jours. Des accès semblables se produisirent du 8 au 10 avril (douleur dans l'hypochondre droit); puis, le 8 mai (douleur dans l'hypochondre gauche). Le 9 mai, flux menstruel séreux, peu abondant, qui dure trois jours. Mêmes phénomènes le 31 mai. Le 11 juin, on constate, en arrière de l'utérus qui est fortement antifléchi, une tumeur du volume d'une prune, qui se prolonge jusque vers la ligne blanche. Le 28 juin, violentes douleurs lombaires, qui s'irradient dans l'aîne gauche et font place à l'apparition des règles. A partir de cette époque, les règles reviennent tous les trois ou quatre semaines, avec une durée de quatre jours, sans douleurs. Au mois de juin 1884, la période menstruelle a duré quinze jours. Le 23 avril de cette même année, cette jeune fille s'est mariée. Au commencement du mois d'août, elle a en ses règles pour la dernière fois; puis sont apparus des signes de grossesse. Le 12 mai 1885, accouchement à terme d'une fille vivante, après trente-six heures de travail. L'accouchement a nécessité l'application du forceps.

L'examen des ovaires, conservés dans de l'alcool absolu depuis cinq ans, a fourni la preuve que la glande du côté gauche avait été extirpée en totalité, avec la portion abdominale de la trompe. Sur l'ovaire, on constate la présence de quelques ovules, en bon état, sur la surface de section, qui mesure environ 3 centimètres 1/2 en longueur et 0,5 en largeur. Il y a donc tout lieu d'admettre que le fragment qui est resté dans la cavité abdominale contenait également quelques ovules. C'est à la fécondation d'un de ces ovules qu'a été due évidemment la grossesse survenue chez cette femme. Qu'un si petit reste d'ovaire ait pu continuer à fonctionner après l'opération, c'est, dit l'auteur, une chose qui ne peut plus être mise en doute, aujourd'hui qu'on sait que la nutrition d'un fragment de tissu, isolé entièrement par des ligatures, peut se faire par l'intermédiaire des fils.

Ce fait démontre, en somme, qu'à la suite d'une ovariotomie, le moindre reste d'ovaire laissé dans la cavité abdominale suffit non seulement pour maintenir la fonction menstruelle, mais encore pour rendre possible une grossesse normale.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la pluralité et de la diversité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille, par le docteur Alfred Ricard, prosecteur des hôpitaux.

Sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil, M. Ricard a entrepris de démontrer que, contrairement aux idées anciennement admises, des tumeurs de diverse nature peuvent exister chez un même sujet et apparaître soit en même temps, soit à des époques plus ou moins éloignées. Cette coexistence, que Cruveilher a déclarée inadmissible, avait été entrevue par Broca, affirmée par Billroth; mais c'est surtout à M. Verneuil que revient l'honneur d'avoir su réunir les faits, d'avoir groupé, rassemblé dans une commune origine et englobé dans une même famille des néoplasmes si différents en apparence par leurs caractères, leur structure, leur type, aussi bien que par leur évolution.

M. Ricard passe en revue dans un premier chapitre les divers néoplasmes bénins, les lipomes, les kystes, les fibromes, les névromes, etc.; il rapporte de nombreuses observations de tumeurs de nature différente, coexistant chez le même sujet, ainsi que de la transformation de ces néoplasmes, le fibrome s'infiltrant de graisse, le lipome envahi par le tissu conjonctif, etc.

Le chapitre II est consacré aux tumeurs malignes: leur pluralité était jusqu'ici moins bien démontrée; des faits intéressants montrent, en écartant toute apparence de *généralisation*, l'existence simultanée de tumeurs dans des régions différentes; tels, un épithélioma de la paupière et du poumon, de la langue et du cardia, un carcinome des deux mamelles, des deux testicules.

Nous sommes ainsi conduits à la troisième partie, la plus originale de la thèse, où M. Ricard s'occupe de la coexistence des néoplasmes bénins et malins chez un même sujet. Les

---

fant, l'œuf se trouvera lésé dans sa nutrition et même frappé de mort par la suppression de la circulation.

Dans tous ces cas, les phénomènes sont aigus et rapides, et la caduque présente les signes de la congestion ou de l'épanchement sanguin; elle est *rouge*.

Si, au contraire, le processus pathologique est plus lent, s'il est caractérisé par la stase du sang, celui-ci prend la coloration veineuse, carbonée, asphyxique, et la caduque est *bleue*, violette ou lilas.

Que l'altération pathologique dure longtemps, qu'elle prenne les allures de la chronicité avec les transformations variées qu'entraîne une dénutrition lente, la caduque entrera dans la voie de la transformation graisseuse, dans la phase régressive, et elle présentera une coloration *jaune*.

Beaaut.

(A suivre.)

Par arrêté ministériel, en date du 1er septembre 1885, MM. les docteurs Rey, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, et Camuset, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, sont promus à la classe exceptionnelle du cadre.

***

Concours. — Le concours ouvert pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux du Havre vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leprévost, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le vendredi 30 novembre 1885, à midi précis, à l'asile Saint-Anne, à Paris, 1, rue Cabanis.

Les élèves en médecine qui voudraient prendre part à ce concours pourront se faire inscrire tous les jours, dimanche et fêtes exceptés, de midi à trois heures, du jeudi 29 octobre prochain au jeudi 12 novembre, dans les bureaux de la préfecture de la Seine, au pavillon de Flore (Tuileries).

exemples rapportés à l'appui abondent. Ce n'est pas que les faits publiés jusqu'ici soient nombreux, mais cette pauvreté relative est plus apparente que réelle et trouve son explication dans l'indifférence des observations et dans une interprétation défectueuse des faits. Toutes les variétés de tumeurs bénignes semblent pouvoir se combiner avec les tumeurs malignes. La fréquence des myômes utérins les range en tête de la série; ensuite les kystes sébacés. Enfin les lipomes et en dernier lieu les adénomes et fibromes.

L'auteur fournit des preuves incontestables de cette combinaison de tumeurs. Dans une première classe, il place les tumeurs bénignes et malignes coexistant dans l'utérus même, ou dans tout autre organe; puis il rapporte une deuxième série de faits de tumeurs bénignes dans un organe et malignes dans un autre : fibrôme de l'utérus et cancer du foie, lipome de la région dorsale et cancer du rein, épithéliome du rectum et lipôme des membres, etc. Enfin une dernière catégorie de malades comprend ceux chez qui on a vu succéder *in situ* à une tumeur bénigne une tumeur maligne, soit après opération, soit par transformation spontanée du néoplasme. Nous n'insistons pas sur ce point; c'est aujourd'hui un fait acquis que la transformation d'adénomes du sein, par exemple, en carcinomes, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme.

Le chapitre concernant la pluralité des néoplasmes dans une même famille contient les preuves un peu moins convaincantes de la tranformation des tumeurs d'individu à individu. L'argument invoqué d'une coïncidence fortuite, victorieusement réfuté dans la première partie de l'ouvrage, nous semble conserver ici une certaine valeur.

La multiplicité des néoplasmes bénins, aussi bien démontrée que celle des néoplasmes malins, permet à l'auteur de conclure que ces deux diathèses, bénigne et maligne, en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, doivent être réunies en une seule et unique diathèse : la diathèse néoplasique.

Voici l'exposé des motifs de cette fusion qui termine ce remarquable travail :

1° La coexistence des néoplasmes malin et bénin sur un même sujet;

2° La succession à longue échéance *in situ* d'une tumeur maligne à une tumeur bénigne extirpée autrefois, soit dans le même organe, soit dans une autre région;

3° La métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur maligne;

4° La succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin;

5° La réunion, non seulement chez un même sujet, mais dans un même organe, et, qui plus est, dans une même tumeur, de néoplasme bénin et malin;

6° Enfin, la coexistence et la succession, chez les différents membres d'une même famille, de néoplasmes différents de structure et de gravité.

De la crépitation en chirurgie et de l'absence de crépitation osseuse dans certaines fractures, par M. Auguste Legrix.

L'auteur analyse d'abord minutieusement toutes les sortes de crépitation qu'on peut percevoir dans l'économie, qu'il réunit ensuite dans un tableau où il rapproche leurs caractères et où il les oppose les unes aux autres, tentative qui n'offre ni grand intérêt ni clarté suffisante. Il étudie ensuite particulièrement la crépitation dans les fractures et passe en revue celles dans lesquelles on doit les percevoir et celles où elle est absente. C'est à ce deuxième groupe qu'il s'attache surtout. Il prend pour type les fractures de l'extrémité inférieure du radius, celles du col du fémur par pénétration et celles de la rotule, des malléoles par écartement. Dans ces cas, la crépitation ne peut pas exister, et il est dangereux de la rechercher trop longtemps. Ce point est trop connu pour que nous insistions; mais, dans d'autres variétés de fractures, celles de la continuité des membres, l'auteur signale, sans y insister assez, à notre avis, l'inutilité de la constatation de ce signe. La mobilité anormale constitue déjà un signe certain; si, en faisant les manœuvres modérées pour constater cette mobilité, la crépitation se fait sentir, on acquiert une certitude plus grande; mais presque toujours il est inutile et dangereux de prolonger une exploration qui fait souffrir le malade et compromet souvent la consolidation. Des observations nombreuses et une bibliographie étendue et exacte complètent cette thèse, très consciencieusement étudiée.

Dr E. Desnos.

De la chaleur animale, éléments et mécanismes, destination physiologique et rôle pathologique, déductions thérapeutiques et applications pratiques, par M. le docteur de Robert de Latour, 1 vol. in-8 de 540 pages. — Paris, J.-B. Baillière, 1885.

Le besoin ne se faisait pourtant pas sentir, à côté des vieilles théories délaissées, d'une théorie *nouvelle*, où il est question des *attributs biologiques*, de la *faculté coloratrice*, du *fluide nutritif*, de la *vertu dynamique* du grand sympathique, du *bain galvanique*, de la *médication isolante*, etc., et où l'on prétend que la plupart des physiologistes, jusques et y compris C. Bernard, n'ont guère entassé que des erreurs sur les causes de la chaleur animale, sur les phénomènes chimiques de la vie, sur les fonctions du système sympathique, sur l'inflammation et en général sur les questions connexes!

G.

REVUE DES THÈSES

Contribution a l'étude des arthrites septiques, par A. Martin. — Thèse de Paris, 1885.

Depuis que M. Verneuil a signalé le premier les arthrites du genou consécutives à la lymphangite du membre inférieur, l'attention s'est particulièrement portée sur ce point, et des observations nouvelles ont été publiées. Comme on a négligé de fournir des exemples de cette complication sur d'autres parties du corps, M. Martin entreprend de présenter l'articulation du poignet comme pouvant être atteinte, elle aussi, par le processus pathogène. Se basant sur plusieurs observations fort intéressantes communiquées par M. Peyrot, il montre en effet que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques profonds peut porter un principe septique loin du point d'inoculation sans que rien de particulier vienne à éclater entre la plaie et le lieu où se manifesteront les premiers symptômes. Ceci explique et l'adénopathie axillaire à la suite de la piqûre d'un doigt et la lésion des synoviales articulaires et tendineuses, la majorité des anatomistes modernes considérant les sé-

reuses, le tissu cellulaire, les lymphatiques, comme un tout continu.

De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire aigu. — Contribution a l'étude des fièvres épi-traumatiques, par F. Barbé. — Thèse de Paris, 1885.

La question des relations qui existent entre les lésions traumatiques et les maladies constitutionnelles se place au premier rang des problèmes que doit résoudre la thérapeutique chirurgicale. La scrofule, la syphilis, le paludisme, le diabète, l'arthritis... peuvent être influencée par le trauma au point que des lésions jusque-là inconnues ou qui paraissaient pour le moins à jamais effacées, sont susceptibles de se manifester. Le rhumatisme articulaire est ainsi quelquefois provoqué chez les arthritiques soit consécutivement à d'autres attaques, soit comme première atteinte de la diathèse. Signalé par l'élévation thermique, il ne comporte pas d'indications spéciales et reste justiciable du salicylate de soude. Vingt-six observations publiées ou inédites servent de base au travail de M. Barbé.

De la balano-posthite gangréneuse, par M. A. Badre. — Thèse de Paris, 1885.

A vingt jours d'intervalle viennent de paraître deux thèses sur le même sujet. Celle de M. Petitjean, dont nous avons ici même publié une sommaire analyse, n'a trait, il est vrai, qu'à la balano-posthite gangréneuse consécutive aux chancres mous sous-préputiaux. Mais, comme d'après la statistique de M. Badre lui-même, cette affection l'emporte de beaucoup sur les autres, il reste en dehors des particularités qu'elle présente et des indications qu'elle fournit, assez peu de choses à dire.

La balano-posthite syphilitique qui vient en seconde ligne pour la production des accidents gangréneux, se fait remarquer par la moindre violence inflammatoire. La balano-posthite simple, parfois consécutive à l'herpès préputial, exempte de matières virulentes, ne présente plus l'œdème de voisinage qui favorise à un si haut degré la mortification des tissus. Quant à la balano posthite blennorrhagique, elle n'est que très rarement susceptible de se terminer par gangrène.

Les diathèses, les pyrexies, favoriseraient à des degrée divers le sphacèle du pénis.

La pathogénie et le mécanisme de la production de la balano-posthite gangréneuse, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement, sont étudiés par M. Badre avec une réelle exubérance de détails. La partie clinique du travail est représentée par seize observations absolument inédites, en partie recueillies dans le service de M. Mauriac.

Contribution a l'emploi du bichlorure de mercure en obstétrique, par le docteur Garcin. — Paris, 1885.

L'auteur montre les avantages que l'on peut retirer de l'emploi d'une solution de bichlorure comme antiseptique. L'accoucheur devra l'employer pour lui-même et pour son accouchée. En outre, l'injection intra-utérine, portée à 45° ou 50°, sera d'une grande utilité dans le cas d'hémorrhagie survenant après la délivrance.

L'auteur aurait pu insister davantage sur l'inconvénient et le danger même d'user en trop grande abondance de la solution mercurielle. Des cas de mort ont été relevés par Krukenberg (de Bonn), par Frænkel, etc. Il aurait dû citer l'ouvrage de Fritsch (de Breslau).

Étude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide, par le docteur Ch. Combarieu. — Paris, 1885.

L'auteur insiste sur ce fait que la rétention d'urine *primitive* n'existe pas chez la femme enceinte ; on ne peut donc l'invoquer pour expliquer la rétroversion. La rétroversion s'observe surtout chez les multipares et n'est que la persistance d'une rétroversion existant déjà à l'état de vacuité.

Une observation fort intéressante recueillie par M. le docteur Porak et accompagnée de plusieurs autres moins détaillées, mais également instructives, sont fournies par l'auteur à l'appui de son opinion.

Influences réciproques du cancer de l'utérus sur la grossesse et de la grossesse sur le cancer utérin, par le docteur Lance-Briano. — Paris, 1885.

Thèse renfermant de nombreuses indications et documents. Le cancer exerce une influence funeste sur la grossesse : avortement, cachexie à dénoûment fatal et rapide.

Étude sur les périsplénites et la pleurésie de voisinage dans la fièvre typhoïde, par Alvarez. — Thèse de Paris.

Le rate, augmentée de poids et de volume dans la fièvre typhoïde, devient le siége d'altérations vasculaires suffisantes pour expliquer l'apparition d'infarctus, point de départ de l'inflammation du tissu et de son enveloppe. La périsplénite se montre fréquemment, en effet, dans le décours d'une dothiénentérie. Tantôt adhésive, la rate est fixée par des fausses membranes plus ou moins organisées aux parties voisines ; tantôt suppurative, le pus pénètre dans l'épaisseur de ces mêmes fausses membranes, véritables traits d'union entre l'organe qui suppure et le diaphragme susceptible de s'enflammer à son tour avec pleurésie comme conséquence.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

Le choléra a Marseille et a Toulon. — La décroissance de l'épidémie cholérique va en s'accentuant à Marseille, ainsi qu'il ressort des chiffres qui suivent :

11 sept.	30 décès.	10 cholériques.
12 —	32 —	6 —
13 —	32 —	8 —
14 —	36 —	7 —
15 —	35 —	5 —
16 —	26 —	4 —
17 —	39 —	9 —

A Toulon, la situation s'est également améliorée. Les ambulances supplémentaires ont été fermées le 16 de ce mois.

— D'après les renseignements publiés par la Gazette officielle d'Espagne, le nombre des cas de choléra dans tout le royaume, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 1er septembre 1885, a été de 244,455, dont 91,000 (en chiffre rond) suivis de mort, ou 37,23 pour 100. A Madrid même, à cette date, on comptait 1570 cas et 998 morts, soit une mortalité de 63,57 pour 100.

La statistique officielle indique pour la journée du 16 septembre 889 cas de choléra et 360 décès.

— Le Journal officiel du royaume d'Italie publie la statistique des cas et décès de choléra survenus depuis le 6 août

1885, date du début de l'épidémie en Italie, jusqu'au 12 septembre. Ces chiffres sont de 146 cas et 86 décès, soit une mortalité de 58,90 pour 100.

Le bulletin officiel du 17 septembre porte que du 15 septembre à minuit au 16, même heure, il y a eu dans la province de Palerme 38 cas de choléra et 20 décès, et dans la province de Parme 20 cas et 6 décès.

— M. le docteur Néis, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission au Tonkin en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

—HOMICIDE PAR IMPRUDENCE.—La 8e chambre correctionnelle a jugé M. Remchard, le jeune interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis, dont l'imprudence, on s'en souvient, coûta, le 18 juillet dernier, la vie à deux malades.

Au lieu d'eau-de-vie allemande, purgatif prescrit par le médecin en chef, M. Remchard délivra des gouttes noires de Baumé, poison des plus violents.

Il résulta des explications fournies par le pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis que chaque interne a son armoire à médicaments et en conserve la clef.

Quand il lui manque tel ou tel médicament, il va le prendre dans une réserve voisine du cabinet du pharmacien en chef. Or, c'est sur un rayon de cette réserve que le prévenu, après avoir vu sur le livre des ordonnances la prescription d'eau-de-vie allemande, faite, la veille, par le médecin en chef, prit un flacon contenant un liquide qu'il crut être le purgatif en question.

On lui reproche d'autant plus son imprudence que le flacon portait les mots : Gouttes noires.

M. Remchard reconnaît qu'il a bien vu l'étiquette, mais il a cru à une erreur. Il était, ajoute-t-il, d'autant plus convaincu que le flacon contenait de l'eau-de-vie allemande, que le premier surveillant, consulté par lui à ce sujet, l'avait confirmé dans son opinion.

M. le Président : C'était le pharmacien en chef qu'il fallait consulter, et non un garçon.

Le pharmacien en chef, M. Lucs, fournit sur le compte du prévenu les meilleurs renseignements ; il le présente comme un interne laborieux, attentif, très capable et attaché depuis longtemps à l'hôpital Saint-Louis. Avant le 18 juillet, il n'avait jamais commis la moindre erreur dans son service.

Le tribunal a condamné M. Remchard à trois mois de prison et 50 francs d'amende.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; — de M. le docteur Fontredon, à Chevannes (Yonne) ; de M. Bouquet (J.-C), membre de l'Académie des sciences depuis 1875.

— Samedi dernier ont eu lieu à Amiens, en présence des autorités, les obsèques de Louis Thuillier, dont le corps avait été ramené quelques jours auparavant d'Alexandrie. MM. Pasteur, Roux et Chamberland y assistaient également.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 12 octobre 1885. Les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir du mardi 15 septembre 1885, jusqu'au mardi 17 novembre inclus, de une heure à deux heures. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de décerner ses récompenses annuelles aux élèves dont les noms suivent :

Première année. — Prix : M. Bichon (de Montpellier). Deuxième année. — Prix : M. Georges de Rouville (de Montpellier) ; mention honorable : M. Casiglia (de Nice). Troisième année. — Pas de prix. Quatrième année. — Prix : M. Bouthès (d'Agen).

Prix des thèses subies en 1884. — 1o M. Chapon ; 2o M. Planchon ; 3o *ex æquo* MM. Peschaud et Estor ; 4o M. Fournac.

***

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Chalançon est nommé, pour trois ans, préparateur de physiologie, en remplacement de M. Guérin, démissionnaire.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 13 septembre 1885, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Vincens. — Est affecté comme médecin chef à la division d'infanterie du corps du Tonkin.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Fournier. — Est affecté au 38e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Chenu. — Est affecté au 121e de ligne.

M. Cardot. — Est affecté au 111e d'infanterie au Tonkin.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Debraye. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

M. Garnier. — Est maintenu à l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Armandy. — Est maintenu à la réserve des médicaments à Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

163. M. Wickham. — De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. — 164. M. Leroy. Statistique de la mortalité de la nouvelle clinique d'accouchements au point de vue de la fièvre puerpérale et de la méthode antiseptique. — 165. M. Le Large. Contribution à l'étude des lésions du cervelet. Symptomatologie et diagnostic. — 166. M. Bourthoumieux. Attitudes vicieuses du pied dans les fractures de la jambe. — 167. M. Naudin. Contribution à l'étude des ulcérations du col. — 168. M. Sarie. Nature et traitement de la chorée. — 169. M. Loghiadès. De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. — 170. M. Parent. Contribution à l'étude de la mort dans la variole. — 171. M. Beluze. De l'éthéromanie. — 172. M. Fauchart. Réflexions sur quatre cas d'ophthalmie sympathique. — 173. M. Uréchia. Quelques considérations sur la dothienentérie. 174. M. Couly. Des oblitérations artérielles consécutives aux anévrismes de l'aorte. — 175. M. Zychon. De la goutte oculaire. — 176. M. Alix. De la périnéorraphie immédiate. — 177. M. Le Conte. Considérations médicales sur les forges nationales de la Chaussade. — 178. M. Hulin. Contribution à l'étude des complications de la fièvre typhoïde, suivie de quelques notes de phy-

siologie expérimentale. — 179. M. Revol. Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne. — 180. M. Masingue. De la plaie de l'estomac par arme à feu. — 181. M. Rosière. Contribution à l'étude de la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorrhoïdes. — 182. M. Duriau. De la taille biliaire. — 183. M. Montagne. Contribution à l'étude de l'alimentatim envisagée au point de vue physiologique, et en particulier à l'hôpital et dans les établissements de la ville du Havre. — 184. M. Thalinger. Des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure. — 185. M. Franc. Influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 7 AU SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 7. — Rougeole 7. — Scarlatine 1. — Coqueluche 2. — Dipthérie, croup 16. — Choléra 0. — Dysentérie 4. — Érysipèle 1. — Infections puerpérales 8. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 16. — Phthisie pulmonaire 163. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 54. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 5. — Pneumonie 39. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 62. — au sein et mixte 42. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 70. — de l'appareil circulatoire 53. — de l'appareil respiratoire 46. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 19. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoire 0. — infectieuses 0. — Épuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 15. — Total de la semaine : 803 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution à l'étude des albuminuries transitoires dans quelques maladies du système nerveux, par le docteur H. Michel. Grand in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1885, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Des ruptures de la verge, par le docteur Cami-Debat. In-8. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires, par le docteur Tuffec. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme, par le docteur de Séré. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nouveau manuel de la garde-malade à l'usage des mères de famille, des institutrices, des infirmières, etc., par le docteur Bérillon, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA PHOSPHATURIE ET DE LA POLYURIE DANS LES LÉSIONS OSSEUSES. (Communication faite au Congrès des chirurgiens français, par le docteur F. VERCHÈRE, chef de clinique de la Faculté.)

« La coïncidence des altérations du squelette avec la phosphaturie est à remarquer », disait en 1876 Teissier dans sa thèse. Il est le premier auteur qui se soit occupé d'une manière complète de cette question importante du diabète phosphatique. Reprise en 1879 par M. le professeur Verneuil au point de vue chirurgical, nous la voyons ensuite retomber dans l'oubli.

Serait-ce que les faits ne se présentèrent pas à l'observation, qu'ils sont rares, ou bien qu'ils passèrent inaperçus de l'observateur? Cette dernière raison est peut-être la vraie.

En effet, en 1882, lorsque nous avions l'honneur d'être l'interne de M. Terrier à l'hôpital Saint-Antoine, nous avions trouvé quelques faits permettant de penser que l'élimination exagérée d'acide phosphorique était beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait chez certains malades atteints de lésions osseuses. Reprenant cette question sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil, nous avons pu réunir encore un certain nombre d'observations analogues à celles que nous avons trouvées dans nos notes.

Nous les rapportons ici et, en les comparant entre elles, nous cherchons à établir les rapports réciproques des maladies osseuses et de la phosphaturie.

Afin de rendre plus claire l'interprétation des faits, il est permis de les diviser en plusieurs groupes ; les uns ayant trait aux lésions traumatiques des os, les autres aux lésions spontanées.

Et parmi ces deux groupes nous avons établi quelques subdivisions suivant le rôle que semblent avoir joué la phosphaturie ou la polyurie sur l'évolution des lésions observées.

I. Lésions traumatiques.

A. — CAS OU LA PHOSPHATURIE SEMBLE PRÉDISPOSER AUX FRACTURES ET N'A NULLE INFLUENCE SUR LEUR CONSOLIDATION.

OBS. I. (Verneuil, BULL. DE L'ACAD., 1879, p. 346. — Résumée.)

Un jeune garçon de 17 ans, le nommé Frère, se fracture l'humérus dans les conditions suivantes : il portait quatre briques ordinaires, lorsque, les sentant glisser de ses mains, il rapprocha vivement pour les retenir les deux bras alors demi-fléchis. Le membre retomba pendant le long du corps.

Dans ses antécédents, on trouvait, deux ans auparavant, la mention d'un abcès sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur droit, ayant nécessité l'extraction d'un séquestre.

En examinant les urines après sa fracture qui avait paru s'être faite pour une cause légère, on put constater une polyurie notable de 2,500 grammes à 3,500, l'analyse démontra l'élimination de 2,10 d'acide phosphorique chaque jour.

FEUILLETON

Policlinique

ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF HUMAIN FÉCONDÉ, par le docteur MARTIN-SAINT-ANGE. — Paris, J.-B. Baillère et fils.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Cette vue synthétique, qui me paraît se dégager de la lecture des observations de M. Martin-Saint-Ange, permet de distribuer en trois classes les produits abortifs recueillis et figurés par lui. Ils présentent tous une lésion de circulation de la caduque, mais dans la première classe il y a *altération rouge ;* dans la deuxième, *altération bleue* et dans la troisième *altération jaune.*

1re CLASSE. — *Œufs humains fécondés présentant l'altération rouge de la caduque.*

Une phase importante de l'anatomie évolutive de l'œuf, la non occlusion de la caduque réfléchie ou bien son occlusion effectuée distingue en deux groupes les huit observations de grossesse utérine simple avec altération rouge de la caduque.

Le premier groupe comprend les quatre produits abortifs représentés planches V, X, IX, XVIII, issus de femmes dont les commémoratifs sont, pour la première, un tempérament sanguin très accusé avec menstruation très abondante ; elle a eu un avortement antérieur à six semaines ; la saignée préventive proposée eut peut-être empêché l'avortement actuel, mais elle fut refusée. Pour la seconde, battements de cœur violents ; elle a eu un avortement antérieur. L'histoire de la troisième malade exige plus de détails : c'est une femme de 17 ans, scrofuleuse, leucorrhéique. Sa mère avait eu dix-sept grossesses, dont six fausses-couches. Le mari a 19 ans ; il est faible, issu de parents goutteux. En cinq ans, ce couple a donné quatorze produits abortifs, dont le plus âgé ne dépassait pas 4 mois. La femme est morte à 23 ans ; le mari a succombé à 27 ans de phtisie galopante. Le produit figuré est le troisième de la série des quatorze. L'œuf avait trois mois et demi de conception, mais l'arrêt de développement a dû commencer avant le quinzième jour de la gestation, puisque l'allantoïde ne

Le malade affirmait que la polyurie et la polydipsie avaient précédé sa première lésion osseuse.

La fracture se consolida en un mois et quelques jours, malgré la phosphaturie persistante.

Obs. II. *Fracture de jambe. — Cause légère. — Polyurie — Phosphaturie. — Consolidation régulière*

N... (Louis), 15 ans, vigoureux, se fracture la jambe au niveau du tiers inférieur, le 24 décembre 1884, en se tordant le pied et est apporté à l'hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Verneuil).

Aucune trace de violence. Aucune déformation. Appareil plâtré. Guérison en un mois et quatre jours.

La facilité avec laquelle s'est faite la fracture attire l'attention du côté des urines.

Examen des urines le 26 décembre (analyse faite par M. Béhal, interne médaille d'or du service).

Urines légèrement troubles.

Quantité émise, 1,300 grammes. Densité, 1,023.

Urée, 23 grammes par jour.

Acide *phosphorique anhydre*, 3 gr. 47 par jour.

La quantité d'urine augmenta les jours suivants : 2 litres à 2 litres 1/2.

Nouvelle analyse le 27 janvier 1885 (Béhal).

Urines pâles, troubles. Densité, 1,020.

Traces d'albumine.

Acide phosphorique anhydre, 4 gr. 61.

Obs. III. — *Fracture de jambe. — Cause légère. — Polyurie. — Phosphaturie. — Retard de la consolidation.*

R... (Hippolyte), charretier, se fracture la jambe en mettant le pied dans une ornière. On l'apporte à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, no 6 (service de M. Terrier).

Le malade est alcoolique.

Appareil plâtré, pas de déplacement.

Le 19 février 1883 (un mois et seize jours après l'accident), on retire l'appareil. Les deux fragments sont mobiles l'un sur l'autre; il y a à peine apparence de cal.

On interroge le malade au sujet de l'excrétion urinaire, et il apprend que depuis longtemps il est forcé de se lever deux ou trois fois la nuit pour uriner, qu'il urine beaucoup.

Les urines sont gardées. On constate qu'il rend de 2,000 à 2,400 grammes d'urine par jour; jamais, pendant toute la période d'observation, il ne rendit moins de deux litres.

L'analyse faite par M. Marchandise, interne en pharmacie, donne les résultats suivants :

Densité, 1,043.

Urée, 10 gr. 20.

Acide phosphorique, 2,87, près de 3 grammes par jour.

Obs. IV. — *Fracture sus-malléolaire. — Polyurie. — Polydipsie sans phosphaturie.— Consolidation normale.*

Brac... (Sylvain), 49 ans, cordonnier, entré à l'hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil) le 14 février 1885.

Vigoureux, non alcoolique, ce malade s'est fracturé la jambe le 13 février en tombant de trois marches d'escalier.

On constate à l'entrée tous les symptômes de la fracture sus-malléolaire. Coup de hache, etc.

Appareil platré. Réduction facile.

Le 16 mars, la consolidation est presque complète.

Dès les premiers jours qui suivirent l'accident, le malade ressentit une soif inaccoutumée et persistante et remarqua que ses mictions étaient plus fréquentes et plus abondantes.

A partir du 22 mars, les urines sont conservées. Elles sont légèrement troubles, sans dépôt; leur quantité varie chaque jour entre 2,500 et 3,000 grammes.

L'analyse en est faite par M. Béhal (24 mars 1885).

Urine colorée normalement, trouble, alcaline, avec un sédiment abondant.

Quantité émise en vingt-quatre heures : 2,800 grammes. Densité : 1,012.

Urée : 22,93.

Acide phosphorique anhydre : 1,0124.

Ni sucre, ni albumine.

Examen microscopique. — Phosphate ammoniaco-magnésien.

Urate d'ammoniaque. Urate de soude.

Obs. V. — *Fracture de jambe sans déplacement. — Phosphaturie.*

S... (Edouard), cocher, 26 ans, entre, le 28 mars 1885, à l'hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil).

La veille de son entrée, il se fractura la jambe au tiers inférieur. C'est un homme vigoureux, alcoolique.

Les urines conservées dès le jour de son entrée varient comme quantité entre 2,000 et 2,500 grammes par jour.

L'analyse faite par M. Béhal y révèle une quantité considérable d'acide phosphorique.

Quantité émise : 2,100 grammes. Densité : 1,027.

Urée : 66,19 (quantité exceptionnelle).

Acide phosphorique anhydre : 4,44.

Ni sucre, ni albumine.

Le membre est placé dans un appareil plâtré, et la guérison est complète le 10 mai.

s'était pas encore constituée. Les antécédents de la quatrième malade, à cause de la rareté de son produit, méritent aussi une mention spéciale. C'est une femme de 22 ans, leucorrhéique, mariée le 2 mai 1836, qui a fait une chute le 15 mai suivant. En frappant de la région pelvienne sur une marche de l'escalier, elle a ressenti une vive douleur suivie de syncope. Du sang s'est écoulé par la vulve. Trois heures et demie après la chute, l'œuf, qui avait treize jours de fécondation, est sorti sans caduque. Cette observation est unique dans la science. Le plus jeune des œufs fécondés recueillis jusqu'à ce jour chez la femme était celui de Coste, qui avait quinze jours de fécondation.

Dans ces faits, l'expulsion de l'œuf s'est effectuée treize jours, un mois et demi, trois mois, trois mois et demi après la conception, mais dans tous l'arrêt du développement s'est déclaré dans le premier mois de l'imprégnation, avant l'occlusion de la caduque qui ne se ferme qu'à la fin de la quatrième semaine. Aussi tantôt l'œuf s'est échappé sans caduque, tantôt, comme chez la deuxième femme, l'œuf est sorti avec la plus grande partie de la caduque pariétale et entouré de la caduque réfléchie non encore close.

D'une part, les commémoratifs : tempérament sanguin avec menstruation très active, palpitations de cœur violentes, leucorrhée et avortements antérieurs pour les trois premières mères, leucorrhée et chute sur le siége pour la quatrième, nous expliquant la congestion utérine interne traduite à nos yeux par l'écoulement sanguin externe;

D'autre part, l'examen direct nous montrant les œufs expulsés sans caduque ou avec caduque ovulaire non close, nous pouvons légitimement classer ces produits dans le premier groupe de la première classe, caractérisé par l'altération rouge avec non occlusion de la caduque réfléchie.

Dans le deuxième groupe viennent se ranger les quatre produits frappés d'altération rouge avec occlusion complète de la caduque ovulaire figurés planches IV, VI, VII, XIII.

Les commémoratifs de la première observation établissent qu'au deuxième mois de la grossesse la jeune femme de vingt-trois ans est allée seule avec son mari séjourner à la campagne, où de longues promenades et des excès de rapprochements sexuels amenèrent une hémorrhagie avec débris de caduque, et sept jours après, l'expulsion en bloc d'un œuf de quatre mois de conception ayant subi un arrêt de développement. La deuxième femme était

B. — RETARD DE CONSOLIDATION DE FRACTURE COÏNCIDANT AVEC UNE POLYURIE MANIFESTE ET PERSISTANTE SANS PHOSPHATURIE.

OBS. VI. — *Fracture de jambe. — Retard de la consolidation. — Polyurie. — Phosphaturie légère.*

F..., couché salle Dupuytren, no 26 (hôpital Saint-Antoine), service de M. Terrier, entre le 28 février 1882.

Le malade urine en moyenne deux litres et demi par jour.

Analyse d'urine faite par M. Marchandise :

Densité : 1,016. Urée : 11,25.

Couleur claire ; ni sucre, ni albumine.

Acide phosphorique : 1,52 par jour.

La fracture mit plusieurs mois à se consolider.

OBS. VII. — *Fracture compliquée de jambe. — Guérison rapide de la plaie. — Polyurie, polydipsie. — Pas de consolidation au bout de trois mois.*

Un homme vigoureux, bien constitué, qui n'eut jamais aucune affection grave, fit une chute le 13 janvier 1885, et se fractura le tibia en bec de flûte, au niveau du tiers inférieur de la jambe, avec issue de fragment supérieur par une petite plaie.

A l'arrivée à l'hôpital, pansement de Lister après désinfection ; appareil plâtré.

La température n'a jamais dépassé la normale ; aucune réaction. La petite plaie guérit très rapidement.

Le 25 février, on change l'appareil. La plaie est presque disparue, et on constate l'absence presque totale de consolidation osseuse.

Dès ce moment, on fait mettre de côté toutes les urines rendues dans la journée : 2,000 à 2,500 gr., troubles, pâles.

Cette polyurie s'accompagne de polydipsie. Deux à trois litres de tisane par jour.

Les analyses de l'urine n'ont pas révélé d'excès dans la quantité d'acide phosphorique éliminé.

Voici les notes remises par M. Béhal :

11 mars 1885. — R.., salle Michon, n° 31, à la Pitié. Urine pâle, très légèrement trouble, acide.

Quantité en vingt-quatre heures, 2,200.

Densité, 1,008.

Urée, 6 gr. 30 par litre, soit 13,86 par jour.

Acide phosphorique anhydre, 0,3365, soit 0,7402 par jour, quantité normale.

Ni sucre, ni albumine.

16 mars. — Urine un peu pâle, légèrement trouble, acide.

Quantité 1750 ; densité 1011.

Urée 7,56 par litre, soit 13,33 par jour.

Acide phosphorique 0,326, soit 0,5705.

Ni sucre, ni albumine.

24 mars. — Urine colorée normalement, légèrement trouble, acide.

Quantité, 2700 ; densité, 1009.

Urée 5,05 par litre ; 13,65 par jour.

Acide phosphorique anhydre 0,56 par litre, soit 1,512 par jour.

Ni sucre, ni albumine.

Examen microscopique. Urate de soude.

Le malade est sorti de l'hôpital à la fin d'avril. La fracture n'était pas encore complètement consolidée ; le cal était encore légèrement flexible.

OBS. VIII. — *Fracture compliquée de jambe. — Plaie guérie sans suppuration. — Polyurie, 5 à 7 litres par jour. — Pas de consolidation au bout de trois mois.*

X..., charretier, alcoolique, entre au mois de novembre 1883, salle Michon, no 52 (service de M. Verneuil) pour une fracture compliquée de jambe. Application d'un appareil plâtré après lavage à l'eau phéniquée et fermeture au collodion de la petite plaie communiquant avec le foyer de la fracture.

Les choses se passèrent très simplement. Aucune réaction fébrile ; quelques douleurs nocturnes. La guérison semblait assurée et rapide.

Lorsqu'on lève l'appareil, trois semaines après l'accident, on put constater l'absence absolue de consolidation. Les deux fragments n'étaient nullement augmentés de volume et étaient complètement indépendants.

On refit un autre appareil plâtré maintenant exactement la fracture. A la fin de décembre, la plaie était complètement cicatrisée, mais la fracture ne s'était pas modifiée.

En examinant le malade, on lui fit dire qu'il était gêné par des besoins d'uriner qui le réveillaient trois ou quatre fois la nuit. On fit garder les urines, et on constata une polyurie de 3, 4, 5 et jusqu'à 7 litres par jour.

Pas de polydipsie. La santé paraissait excellente.

La fracture resta ainsi pendant trois mois. A ce moment, le cal se fit peu à peu On remplaça le plâtre par le silicate, et on permit au malade de se lever. Le cal était mou, nullement résistant, et il était encore possible de le ployer latéralement.

Le malade sortit pour aller à l'asile de Vincennes, marchant avec des béquilles. Le tibia n'était pas complètement consolidé.

C. — ABSENCE DE CONSOLIDATION DUE A LA PHOSPHATURIE SEULE.

Nous ne pouvons ici que donner le cas de M. Terrier, rapporté

---

affectée d'une hypertrophie du cœur. La troisième a eu, à six semaines de conception, une hémorrhagie qui a duré six semaines. La quatrième, âgée de quarante ans, séparée de son mari, dès la suppression de la menstruation et avant que le diagnostic de la grossesse pût être établi, a pris des emménagogues adroitement réclamés par elle ; puis, il s'est produit chez elle une rupture des membranes avec écoulement de la totalité des eaux de l'amnios vingt et un jours avant l'expulsion de l'œuf ; pendant ces vingt et un jours, la malade a eu la fièvre, le pouls battant 120 pulsations.

Des quatre produits altérés et arrêtés dans leur développement âgés de trois à quatre mois et demi, le premier présentait du sang épanché dans la caduque avec décollement et mortification de l'œuf ; le second était le siège d'un épanchement de sang dans la caduque et surtout dans la sertine ; sur le troisième, on remarquait la destruction d'une très grande partie de la caduque, la coloration rouge intense de ce qui en restait, et l'oblitération des vaisseaux des villosités choriales dilatées et transformées en kystes hydatiformes ; sur le quatrième produit, le fœtus n'est plus renfermé dans l'œuf ; il est sorti par une déchirure de quatre centimètres et demi pratiquée dans les membranes et s'est logé dans la cavité utérine sans s'être séparé du placenta auquel il tient à l'aide du cordon ombilical très flétri et long de vingt-deux centimètres ; le fœtus est déformé à la tête et aux membres, il est mou, livide et ressemble à de la chair cuite au bain-marie. Toute la caduque, tant pariétale que réfléchie, est parsemée de petits foyers apoplectiques. Il y aurait une réserve à faire sur la spontanéité de la perforation de l'œuf avec migration de l'embryon dans l'utérus chez cette femme qui paraissait décidée à faire cesser sa grossesse.

Dans ces quatre observations, les commémoratifs : excès de copulation, hypertrophie du cœur, hémorrhagie, emménagogues et l'examen des œufs enveloppés de la caduque fermée et offrant des foyers apoplectiques, autorisent leur admission dans la classe des produits frappés d'altération rouge et dans le groupe des œufs à caduque réfléchie close.

L'altération rouge dans le premier groupe a été due à la congestion, et, dans le second groupe, à l'extravasation, à l'apoplexie.

2e CLASSE. — *Œufs humains fécondés présentant l'altération bleue de la caduque.*

Cette classe contient représenté planche VII un seul fait qui

dans son *Traité de pathologie générale*, et cité dans la communication de M. Verneuil.

Obs. IX. — Une dame était atteinte de fracture du col chirurgical de l'humérus et, sans qu'on puisse en trouver la cause, la consolidation ne se faisait pas.

Nous fîmes analyser les urines de cette malade, et on constata une proportion exagérée de phosphates.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Observations de thyroïdite aiguë.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Obs. IV. — *Thyroïdite survenue sous l'influence de la malaria*, par le docteur Zezas, de Berne (Centralblatt für Chirurgie, 1885, nº 30, p. 532).

X..., 26 ans, employé du télégraphe, souffre depuis un an environ de la fièvre intermittente. Subitement, sans cause appréciable, il a été pris d'une violente douleur dans la région du corps thyroïde. A ce niveau, il s'est fait une tuméfaction inflammatoire à progrès rapides. Un médecin consulté a prescrit des applications de froid. Pendant que le malade était retenu au lit par suite de son mal de cou, il a eu un violent accès de fièvre intermittente et en même temps une aggravation de son affection locale; il vint en proie à des crises d'étouffement, avec sensation de strangulation et dysphagie très prononcée.

M. Zesas, appelé en consultation, trouva le patient dans une situation très grave. La face était injectée et la respiration très pénible; le malade avait de la peine à répondre aux questions qui lui étaient posées. Au-dessus de la clavicule droite existait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, lisse, s'étendant jusqu'à l'os thyroïde, et qui se soulevait à chaque tentative de déglutition. Sa consistance était ferme, élastique; la peau qui la recouvrait était rouge, douloureuse. Le malade avait de la fièvre, T. 38°,6. La situation de la tumeur et les résultats fournis par l'exploration manuelle ne laissaient point de doute sur la nature de la tumeur: il s'agissait d'un cas de thyroïdite.

Comme le volume de la tumeur avait subi une augmentation notable à la suite d'un accès de fièvre intermittente intercurrent, M. Zesas inclina à voir dans cette thyroïdite aiguë une conséquence de l'injection palustre. Conformément à cette idée, il prescrivit du sulfate de quinine à hautes doses (1 gr. 5 à 3 gr. en une prise). Dès la seconde visite, qui eût lieu trois jours après, il s'était produit un soulagement notable; la tumeur du cou était en voie de résolution, la respiration plus calme. On continua de faire prendre au malade du sulfate de quinine, et la thyroïdite se termina par une guérison complète.

A la suite de cette observation, M. Zesas mentionne en quelques mots le cas d'une dame d'un âge assez avancé, qui était en proie depuis plusieurs années à l'infection palustre. Chez cette dame se dévelpppa une inflammation de la glande thyroïde, dont l'évolution fut plus lente, mais qui atteignit un tel degré, que la malade respirait avec une difficulté extrême. Encouragé par les bons résultats obtenus chez le patient dont il a été question plus haut, M. Zesas presctivit du sulfate de quinine à hautes doses, et il eut la satisfaction de voir la malade débarrassée en très peu de temps de sa thyroïdite.

L'observation suivante ne se rattache qu'indirectement à la catégorie de faits envisagée dans cet article, car il s'agit d'un exemple de thyroïdite développée sous l'influence de la malaria, mais chez un sujet goîtreux. Par l'intérêt qu'elle présente, elle mérite cependant de trouver place ici.

Obs. V. — *Goître enflammé sous l'influence de la malaria*, par le docteur Zesas, de Berne (*Ibidem*, p. 523).

X..., 37 ans, originaire de la Suisse, est affecté depuis son jeune âge d'un goître qui a progressé lentement, mais d'une façon continue. A la suite d'un séjour de sept mois à Rome, il a eu des fièvres intermittentes. La tumeur goîtreuse est restée inoffensive jusque il y a deux semaines; à partir de cette époque, le malade a éprouvé de la dysphagie et de la géne respiratoire, en même temps que des douleurs au cou. Ces phénomènes se sont exaspérés; une fièvre intense est survenue; la peau s'est tendue et a rougi. Au-devant du goître, les veines superficielles du cou sont devenues turgescentes. Il était de toute évidence que les souffrances du patient étaient dues à un goître enflammé. Un traitement par la quinine ne paraissant pas devoir aboutir dans ce cas, M. Zesas se décida à inciser la tumeur; il donna issue à une grande quantité de pus épais et fétide. La cavité de l'abcès fut désinfectée, suivant le procédé de Lücke, avec une solution faible d'acide phénique, puis soumise au grattage avec la cuiller, et pansée à l'iodoforme; la guérison ne se fit pas attendre longtemps.

M. Zesas ajoute qu'à ces observations il eût pu en joindre plusieurs autres de thyroïdite à un degré plus léger.

En somme, les deux observations de M. Raymond, celle de M. Vulpian et une autre de M. Mollière que nous nous sommes

---

peut être considéré comme un fait de transition entre la première et la troisième classe dont il présente, dans quelques parties, les altérations rouge et jaune, en même temps qu'il offre dans d'autres parties l'altération bleue. Cette particularité se remarque dans l'observation d'une femme primipare de vingt et un ans, qui, par des excès de copulation avoués, a vu, au septième jour d'une hémorrhagie, se produire l'expulsion en bloc d'un œuf de six semaines. La caduque présente des parties rouges où la circulation continuait à se faire, des parties de coloration bleue où il y avait eu circulation ralentie et stase sanguine et enfin des parties de coloration jaune là où, par suite de l'oblitération des vaisseaux capillaires tapissant les villosités chorieles, la dégénérescence graisseuse était accomplie.

3ᵉ classe. — *Œufs humains fécondés présentant l'altération jaune de la caduque.*

Dans cette classe viennent se placer trois groupes d'observations : l'un comprenant trois faits relatifs à la grossesse gémellaire, c'est-à-dire à la sortie d'un œuf double; l'autre contenant quatre faits d'émission d'un œuf unique complet, le troisième renfermant quatre faits d'expulsion d'un œuf unique décomplété, c'est-à-dire diminué par la perte d'un ou de plusieurs de ses grands appareils organiques.

Le premier groupe est composé de trois faits figurés dans les planches XV, XIV, XVI.

La planche XV représente un œuf double issu d'une femme de 25 ans, leucorrhéique, mariée à 21 ans. Un an après son mariage, elle a avorté à six semaines. L'avortement actuel s'est produit trois ans après, au quatrième mois révolu de la grossesse, à la suite d'un voyage en voiture. Cet œuf, en grande partie dénudé de la caduque, renfermait deux jumeaux dont l'un, un peu moins développé, a l'anus imperforé et le sexe à peine indiqué. Tous deux ont été frappés d'arrêt de développement vers deux mois et sont restés deux mois encore à l'état de cadavre dans l'utérus; tous deux sont jaunes et chacun d'eux n'est pourvu que d'une seule artère ombilicale, reproduisant ainsi par exception chez l'homme l'état qui est normal chez les oiseaux. Cet œuf présentait un chorion, un placenta, deux amnios.

C'est la femme d'un général qui a fourni le deuxième produit expulsé en 1836 : le premier enfant sorti était du sexe masculin,

bornés à mentionner, mettent hors de doute les relations du rhumatisme articulaire aigu et de la thyroïdite aiguë. La lecture de ces observations montre encore que la thyroïdite peut survenir à des périodes diverses de l'évolution des manifestations articulaires du rhumatisme : en pleine attaque, ou au décours de celle-ci, ou quand les jointures sont redevenues libres (Mollière). C'est une remarque qu'avait déjà faite M. Zuboïwitsch, dans sa thèse inaugurale citée plus haut.

Dans les quatre cas en question, la thyroïdite rhumatismale s'est terminée par résolution. Dans les deux observations de Raymond, le salicylate de soude, qui peut être considéré, dans une certaine mesure, comme le remède spécifique contre les manifestations franches du rhumatisme articulaire aigu, a exercé une influence curative très nette sur l'inflammation de la glande thyroïde. Il est vrai de dire que chez le malade de M. Vulpian, l'administration de deux fortes doses (1 gr. et 1 gr. 50) de sulfate de quinine eut une influence non moins tranchée. Aussi, sans vouloir faire tort à l'efficacité des médications mises en œuvre par M. Vulpian et M. Raymond, nous croyons qu'il y a intérêt à faire ressortir un autre point : c'est que, chez ces malades en puissance de rhumatisme, la thyroïdite a suivi la marche habituelle aux manifestations rhumatismales, affectant les allures d'un mouvement fluxionnaire accompagné de fièvre, pour disparaître sans suppurer, sans laisser de traces apparentes.

Cette subordination de la marche d'une thyroïdite aiguë (inflammation de la glande thyroïde primitivement saine) intercurrente, à la nature de l'affection protopathique, se retrouve dans un certain nombre d'observations de thyroïdite publiées par différents auteurs. Pour n'en citer que quelques exemples, une thyroïdite aiguë s'est terminée par suppuration dans une observation de Laure (*loc. cit.*) où l'inflammation de la glande thyroïde était survenue dans le cours de l'état puerpéral, dans une observation de Veil (1) et dans une autre de Raymond (2) où l'inflammation de cette glande se développa au décours d'une fièvre typhoïde. Or, l'état puerpéral, la fièvre typhoïde, sont connus pour imprimer une tendance suppurative fatale aux inflammations intercurrentes.

Il semble qu'il n'en ait pas été tout à fait de même dans les deux faits de Zesas : développée sous l'influence de la malaria, la thyroïdite n'a pas offert cette fugacité qu'on trouve non seulement aux accès de fièvre, mais encore à d'autres déterminations organiques récentes de l'infection palustre, par exemple aux poussées fluxionnaires qui se font du côté des poumons et qui évoluent sous les allures de la pneumonie intermittente. Mais, d'abord, la thyroïdite chez les deux premiers malades de Zesas portait l'empreinte manifeste de la malaria, en ce sens qu'elle a été éminemment justiciable de la médication quinique : la tuméfaction douloureuse du corps thyroïde et la fièvre qui l'accompagnait ont cédé comme par enchantement à l'administration de fortes doses de sulfate de quinine. D'un autre côté, si la tuméfaction congestive ou inflammatoire de la glande thyroïde a montré une certaine fixité, pareille chose a lieu pour la tuméfaction de la rate qui se développe sous l'influence de l'infection palustre. C'est

(1) Veil. *Société clinique*, 1880.

(2) Nous allons donner une courte notice de ce cas récent, d'après la relation qu'en a faite M. Zuboïwitsch dans sa thèse inaugurale :

« Félicie M..., 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, n° 1, dans le service de M. Raymond, le 17 avril 1885. Elle présente les symptômes d'une fièvre typhoïde, dont elle guérit. Elle était en convalescence de cette maladie lorsque, dans la nuit du 1er au 2 mai, elle est prise de céphalalgie, de courbature, de dyspnée et de dysphagie. Le lendemain, douleur violente au niveau du corps thyroïde qui est gonflé, avec rougeur et chaleur de la peau. T. 39°,6 et 40°. Une application de trois sangsues et des frictions mercurielles, *loco dolenti*, l'administration de 1 gr. de sulfate de quinine n'empêchent pas la tuméfaction de faire des progrès. La tumeur devint bientôt molle et fluctuante. Pour remédier à la dyspnée, on fait une ponction aspiratrice avec l'appareil Potain et on retire 60 gr. d'un liquide sanguinolent, riche en globules de pus. Amélioration marquée. T. 38°. La circonférence du cou, au lieu de 36 centimètres, ne mesure plus que 32.

« Le liquide se reproduit. Nouvelle ponction deux jours après la première. On retire 100 grammes d'un liquide séro-purulent. Le liquide se reforme en partie, pour ensuite se résorber lentement. Plus de fièvre, plus de douleur au cou. Applications de cataplasmes.

« Une légère ecchymose se forme six jours après la seconde ponction ; elle met deux jours à disparaître.

« Le 16 mai, la malade part en convalescence. La glande thyroïde reste un peu augmentée de volume, mais elle n'est plus douloureuse ; elle ne gêne point la respiration. »

---

normalement constitué comme un enfant de sept mois et vivant; trois quarts d'heure après, expulsion du second enfant en masse et sans la rupture préalable de l'amnios. En ouvrant la poche des eaux, on trouve un petit fœtus œdématié, atteint d'anasarque. Sur le placenta unique, les cotylédons correspondant au fœtus vivant sont normaux, et ceux correspondant au petit fœtus mort présentent à leur surface externe une coloration jaunâtre et dans leur épaisseur de petites tumeurs indurées et blanchâtres; ce sont là des amas de villosités choriales parvenues à l'état fibreux et impropres aux fonctions placentaires ; la caduque est à l'état graisseux. On trouve un nœud sur le cordon, qui est renflé au dessus du nœud. Ce nœud a produit l'atrophie des villosités choriales, le resserrement du canal veineux, du trou de Botal, du canal artériel, l'anasarque, et finalement la mort. Cet œuf présentait un chorion, un placenta, deux amnios.

Le troisième produit est celui d'une femme de 32 ans qui a eu trois grossesses simples dans l'espace de neuf ans ; ni sa mère ni sa grand'mère n'ont eu de grossesse gémellaire. Les deux œufs, âgés de huit mois et demi, sont accolés l'un à l'autre et contiennent deux jumeaux d'âge différent et tous deux du sexe féminin, l'un vivant, l'autre mort. La femme a ressenti les mouvements fœtaux à quatre mois, comme dans ses grossesses précédentes. A huit mois et demi se sont déclarées les douleurs ; après six heures de travail a eu lieu la naissance d'une belle grosse fille. Au bout d'une demi-heure une deuxième poche des eaux; puis deux douleurs expulsives amènent avec son amnios fermé la sortie du second produit rendu en masse en même temps que les membranes déchirées de l'autre œuf déjà vide de l'enfant vivant, ainsi que son gros cordon ombilical. Le second fœtus est mort à trois mois ; après sa mort, il a séjourné cinq mois et demi côte à côte de son jumeau bien portant. Le placenta du premier enfant est normal ; le placenta du deuxième embryon est à l'état graisseux et les vaisseaux funiculaires sont oblitérés. Il y avait dans cet œuf double deux chorions, deux placentas, deux amnios.

Dans ces trois observations, il n'y a guère à noter comme antécédents que la leucorrhée et un avortement antérieur chez la première malade. L'examen des œufs nous montre que chez la deuxième, l'altération de la caduque du fœtus mort œdématié est consécutive au nœud du cordon ombilical ; chez la deuxième et la

le cas de rappeler à ce propos, que quelques auteurs, tels que Tiedemann, Crédé, Zesas ont assigné à la glande thyroïde, entre autres fonctions, celle de suppléer la rate dans une certaine mesure, et les résultats d'expériences assez récentes de M. Zesas (1) donnent à cette hypothèse un assez grand degré de vraisemblance.

Toujours est-il que l'intoxication palustre peut engendrer la thyroïdite. Cette étiologie avait été mentionnée pour la congestion de la glande thyroïde par le professeur Duplay, dans son excellent *Traité de pathologie externe* (t. V, p. 167). « Riebuyck (1) et Francesco Greco (2), est-il dit, ont observé deux fois, dans le cours des fièvres de malaria, un gonflement notable du corps thyroïde, qui se produisit en même temps que l'augmentation de volume de la rate et céda comme elle à l'administration du sulfate de quinine. » M. G. Marchand (in *Dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie pratiques*, article : THYROÏDE, t. XXXV, p. 572), reproduit l'opinion de M. Duplay, en la faisant suivre de deux points d'interrogation qui n'ont plus leur raison d'être. En vain M. G. Marchand se retrancherait-il derrière la distinction qu'il établit entre la *congestion* et l'*inflammation* de la glande thyroïde. Pour la tuméfaction fébrile de cette glande, comme, par exemple, pour les poussées de pneumonie qui surviennent sous l'influence de la malaria, il nous paraît difficile de délimiter ce qui revient à la congestion et à l'inflammation. Il eût été, croyons-nous, plus conforme aux exigences de la clinique, d'établir une distinction plus nette entre l'inflammation qui intéresse la glande saine et celle qui intéresse la glande dégénérée. Les observations que nous avons rapportées plus haut permettent de faire plus, d'insister sur la signification pronostique de l'affection préexistante à propos de laquelle se développe l'inflammation de la thyroïde. Car si une thyroïdite survenant dans le cours ou à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire, d'un accès de fièvre intermittente, a les plus grandes chances de se terminer par résolution quand elle est combattue par les moyens appropriés, une thyroïdite qui se développe chez un pyohémique, chez un typhoïsant, chez une femme en couches, aboutira presque fatalement à la suppuration. Cette terminaison sera toute aussi fatale, si l'inflammation, quelle qu'en soit l'origine, envahit la glande thyroïde dégénérée, lorsque toutefois la dégénérescence n'aura pas entraîné un état d'induration qui s'oppose à la fonte purulente.

Il nous paraît superflu d'insister sur l'importance qu'ont ces distinctions au point de vue de l'évolution, du pronostic et du traitement de la thyroïdite aiguë.

E. RICKLIN.

(1) Zesas. *Beitrag zur Kenntniss der Blutveränderungen bei entmilzten Menschen und Thieren*. (ARCHIV FÜR KLIN. CHIRURGIE, Bd XXVIII, fasc. 4, 1883.)

(1) *Recueil de mémoires de médecine et de pharmacie*, 1871, p. 60.

(2) IL MORGAGNI, 1872, p. 653.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

TRAVAUX RUSSES

Bactériologie du choléra.

I. CONTRIBUTION A LA MORPHOLOGIE DU BACILLUS DU CHOLÉRA DE KOCH (A PROPOS DES RECHERCHES DE FERRAN), par J. RAPTCHIÉVSKI (WRATCH, 1885, n° 28). — II. DES BACILLES RECOURBÉS (VIRGULES DE KOCH ET DE FINKLER, CYLINDRES D'EMMERICH), par J. SKWORTZOFF (MÉDICINSKOÏÉ OBOSRÉNIÉ, 1885, n° 13).

Les recherches de Raptchiévski et de Skwortzoff, dont nous allons exposer les traits essentiels, sont de nature à exciter la curiosité à plusieurs points de vue. Elles traitent d'un sujet palpitant d'actualité — des microbes du choléra — et elles en traitent de façon à nous donner des faits nouveaux qui, s'ils se vérifient dans la suite, sont appelés à modifier considérablement les doctrines plus ou moins « Kochiennes », qui ont cours aujourd'hui à ce sujet. Le travail de Raptchiévski nous présente encore un surcroît d'actualité : il se rapporte aux recherches de Ferran et tend à confirmer *en partie* quelques données morphologiques du fameux médecin de Tortose. Quant à l'article de Skwortzoff, il fait très bien ressortir les profondeurs, sinon inexplorables, du moins encore inexplorées de la bactériologie en général et nous ouvre sur elles des échappées surprenantes au plus haut degré.

Dans des questions aussi compliquées au point de vue technique que celles dont nous devons parler ici, une traduction complète et verbale de l'article original pourrait seule

---

troisième femme, nous voyons deux enfants, dont un vit et se développe normalement à côté de son frère mort.

Il faut remarquer, de plus, que dans les deux premières grossesses gémellaires l'œuf double est constitué par un placenta, un chorion, deux amnios; que, dans la troisième, il présentait deux placentas, deux chorions, deux amnios. Le troisième mode de constitution des œufs doubles avec un placenta, un chorion et un amnios pour les deux jumeaux, n'a pas été rencontré par M. Martin-Saint-Ange. C'est du reste le mode le plus rare.

Le deuxième groupe comprend quatre observations d'altération jaune de la caduque dans quatre cas de gestation d'un œuf unique et complet. Les œufs sont reproduits dans les planches XII, XIII, VIII, XIV.

La première mère, femme d'un relieur, âgée de 22 ans, atteinte de leucorrhée, au quatrième mois, époque de la mort du fœtus, s'endormait sur son ouvrage, consistant à plier du papier et à le coudre feuille par feuille. Elle était triste, comme hébétée, disant sans cesse : « Jo voudrais mourir. » Cet état a disparu à la sortie d'un œuf de six mois de gestation expulsé en bloc avec la presque totalité de la caduque pariétale très altérée.

La deuxième mère, à partir de quatre mois, époque de la mort du fœtus, a été prise chaque soir de fièvre pendant plusieurs heures, est devenue indifférente à tout et a cherché la solitude. La fièvre et la mélancolie se sont dissipées dès le deuxième jour de l'expulsion d'un œuf de sept mois de gestation, présentant une sorte de calotte rouge à visière jaune qui surmonte sa grosse extrémité. Presque toute la caduque a été frappée de gangrène humide, et l'œuf tout entier est détaché de l'utérus et mortifié.

La troisième femme atteinte de leucorrhée a expulsé à quatre mois un œuf frappé de régression hâtive de la caduque et d'induration atrophique du placenta. Le pied et la main gauches du fœtus sont déformés et contournés, bien qu'il y ait une notable quantité d'eau dans la poche de l'amnios, ce qui exclut l'explication de la déformation par action mécanique. La déformation est plutôt due à des convulsions déterminées par la gêne de la circulation, car le cordon est fortement tordu et renflé en plusieurs points. C'est comme consécutive à la même cause que doit être considérée la lésion de la caduque et du placenta.

La quatrième mère, âgée de 32 ans, est la femme d'un capitaine momentanément fixé à Paris. Elle a eu trois enfants à terme. La

donner au lecteur la mesure de l'exactitude des procédés de l'auteur et de la valeur scientifique de ses conclusions. Nous ne pouvons entrer dans ces détails. Disons seulement que Raptchiévski et Skwortzoff sont tous les deux à la hauteur de la science moderne ; ils se sont servis dans leurs recherches de procédés exacts (d'après Koch), de mesures de précautions indispensables pour la stérilisation des instruments et ustensiles, et pour la conservation de la pureté des cultures, etc. M. Skwortzoff est un professeur très connu à la Faculté de Varsovie et M. Raptchiévski, dont un travail a déjà été analysé dans la GAZETTE MÉDICALE (1) est un bactériologiste distingué qui fait partie, avec M. le professeur Manasséine, rédacteur en chef du WRATCH, de la commission officielle que le gouvernement russe a envoyée en Espagne afin d'y étudier les vaccinations cholériques du docteur Ferran.

I. La première communication de Ferran dane la RIVISTA DE CIENCAS MEDICAS DE BARCELONA parut précisément à l'époque à laquelle Raptchiévski était déjà possesseur d'une ample provision de cultures pures des virgules de Koch, trouvées dans le cas de choléra nostras dont nous avons fait mention dans la GAZETTE MÉDICALE (*loc. cit.*). Raptchiévski put donc procéder immédiatement à la vérification des recherches de Ferran. Dans ce but, il se mit à étudier les diverses phases par lesquelles passe le microbe quand on le fait vivre longtemps (jusqu'à trois mois) en le cultivant successivement dans différents milieux.

Les cultures récentes (trois à huit jours) se comportent plus ou moins comme le décrit Koch ; mais si on prend une parcelle d'une jeune culture (dans de la gélatine) et qu'on la place dans une chambre humide stérilisée, adaptée au microscope et contenant une goutte de bouillon, les virgules commencent à se multiplier rapidement, et, au bout de huit à douze heures, on voit *grouiller* dans la goutte une masse de microbes néoformés, plus fins que ne l'étaient leurs « parents », excessivement mobiles, réunis souvent en spirilles très mobiles aussi, pareilles aux « spirochètes » de la fièvre récurrente.

Dans des cultures (sur de la gélatine) plus âgées (dix à quinze jours) apparaît un grand nombre de spirilles très longues, plus grosses que celles observées précédemment, mais moins contournées ; elles se désagrègent en « virgules » qui restent pendant un certain temps incomplètement séparées l'une de l'autre. Le nombre des grosses spirilles augmente, celui des spirilles plus ténues diminue. Transportées dans un nouveau milieu de culture (goutte de bouillon de la chambre humide), les grosses spirilles se divisent en virgules, et ces dernières se transforment de nouveau en formes spiralées très mobiles.

Les cultures encore plus âgées (trois à quatre semaines) présentent, à côté des grosses spirales, beaucoup de *corps usculesphériques* rouge du sang (6 à 7 μ). Ces corps uscules ont des contours lissee, se colorent bien par la fuchsine, sont ordinairement libres, mais sont aussi parfois fixés aux extrémités des spirilles. A l'état frais, leur substance est *homogène*, fortement réfringente, avec une légère teinte verdâtre. Quelquefois les *corps sphériques homogènes* sont réunis en chaînettes par des parties filamenteuses, et dans ce cas leurs dimensions vont en diminuant d'un bout de la chaînette à l'autre. Les corps sphériques homogènes se forment par renflement d'une partie de la spirille. La partie renflée se colore tout aussi facilement que la spirille qui la porte. Outre les corps sphériques homogènes, on trouve des spirilles et des bacilles très ténues se désagrégeant en un détritus finement granuleux qu'il est impossible de colorer. Ce sont là évidemment des microbes déjà morts.

Dans des cultures encore plus âgées, on remarque des *corps sphériques granuleux*, *corps muriformes*, tantôt libres, tantôt situés aux extrémités des spirilles et se colorant moins bien que les corps homogènes. Les renflements des spirilles dans ce stade ont aussi un aspect granuleux.

Enfin les cultures encore plus âgées (deux mois et plus) se composent presqu'exclusivement de détritus granuleux et de corps muriformes.

Les « corps sphériques » de Raptchiévski correspondent, on le voit, aux *oogones* et *oosphères* de Ferran. Selon Raptchiévski, la substance homogène de ces corps se transforme *in toto* en substance granuleuse et produit ainsi les corps muriformes qui, sous l'influence des mouvements des « virgules » et des spirilles environnantes, finissent aussi par se désagréger en détritus granuleux.

« Il faut remarquer que, dans tous les stades observés, Raptchiévski n'a jamais pu constater la formation des spo-

(1) Voir n° 17, 1885 : *Relation d'un cas de choléra nostras à Saint-Pétersbourg*, dans lequel Raptchiévski trouva des bacilles de Finkler et Prior, ainsi que des « virgules » absolument semblables à celles du choléra asiatique de Koch.

grossesse actuelle était, au moment de l'observation (23 juin 1851), de sept mois moins quatre jours. La femme est inquiète parce que depuis deux mois l'enfant ne remue pas. Il a commencé à remuer à quatre mois ; mais, à la fin du cinquième mois, le mari ayant reçu l'ordre de partir, la malade a éprouvé une vive contrariété. L'enfant a beaucoup remué, puis les mouvements ont cessé. Elle sent un poids au bas-ventre. Elle est du reste bien portante ; il est probable que l'enfant était mort depuis deux mois. Il n'y avait pas d'hémorrhagie à craindre. Après quelques douleurs, l'œuf sort entier avec la caduque jaune. Le cordon est pris entre le jarret droit fortement fléchi et la jambe gauche qui l'étreignent, de manière à interrompre la circulation placento-fœtale ; et, pour accomplir avec plus de sûreté ce précoce suicide, le fœtus comprimait, de plus fortement, le cordon dans le pli du coude droit. La rigidité convulsive de l'enfant s'est produite probablement au moment de l'émotion de la mère.

BERRUT.

(A suivre.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Archambault (Paul-Marie) est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Barbezieux, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. Morizot, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de physique.

*

EXPOSITION D'ANVERS. — Les récompenses suivantes ont été attribuées par le jury international aux exposants français dans la classe des produits chimiques et pharmaceutiques :

Diplôme d'honneur. — MM. Genevoix et Cie (Pharmacie centrale de France).

Médailles d'or. — MM. Chassaing, Desnoix, Limousin.

Médailles d'argent. — MM. Beslier, Capgrand-Mothes, Catillon, Chassevant, Defresne, Duperron, Rigollot, Thevenot.

Médailles de bronze. — MM. Dautreville, Le Beuf, Phénol Bobœuf.

« res chez les bacilles ou chez les formes qui en sont déri-« vées (contrairement aux assertions de Ferran). »

Raptchiévski conclut de ses recherches que les virgules de Koch se multiplient toujours par simple division et jamais au moyen de spores; que dans les cultures récentes où les matériaux nutritifs abondent et qui ne sont pas encore saturées par les produits de l'activité vitale des microbes, on n'observe jamais ni le gonflement des spirilles, ni la formation de corps sphériques homogènes ou muriformes (oogones et oosphères de Ferran); ces corps n'apparaissent que quand la plus grande partie de la gélatine de culture a été liquéfiée et des changements chimiques profonds se sont produits dans le substratum nutritif (les cultures prennent alors une odeur caractéristique). C'est pourquoi Raptchiévski croit que les corps sphériques (oogones et oosphères), loin d'être — comme le prétend Ferran — des organes de multiplication des bacilles, ne sont que des *formes dégénératives* que revêtent les bacilles sous l'influence des conditions défavorables du milieu où elles sont astreintes de vivre.

II. Skwortzoff constata, par hasard, dans un bouillon de veau âgé de trois mois *et non ensemencé*, la présence de microbes recourbés de deux sortes : les uns, pareils aux virgules du choléra asiatique de Koch; les autres, aux bacilles de Finkler et Prior. Frappé du fait que des microbes de ce genre pouvaient se trouver dans des conditions qui excluent toute morbidité, Skwortzoff entreprit un grand nombre de recherches *ad hoc* et put facilement se convaincre que ces mêmes microbes recourbés prennent naissance, pour ainsi dire instantanément, dans tous les bouillons de viande; qu'ils se trouvent dans le suc de la viande fraîche, dans les selles tant diarrhéiques que normales, dans l'eau distillée et enfin dans l'air. Les bacilles recourbés sont donc très répandus dans la nature. Ils jouissent d'une grande capacité d'adaptation aux différents milieux. Ainsi Skwortzoff a pu les cultiver dans l'eau distillée, sur la gélatine, sur du linge mouillé, dans le lait bouilli, sur toutes sortes de viandes, sur des tranches de pommes de terre cuites, etc. La petite variété des bacilles recourbés du bouillon est tout à fait identique aux virgules de Koch par la forme, le mode de développement dans les différents milieux de culture, le caractère des mouvements spontanés et même par l'action pathogénique, comme le prouvent les expériences suivantes de l'auteur et du professeur Navrotzky sur deux lapins auxquels on avait préalablement lié les conduits biliaires (procédé de Rietsch et Nicati) :

Premier lapin. — Injection dans le duodénum d'une culture de bacilles recourbés de la viande dans du sérum. Le lendemain matin (vingt heures après l'injection), le lapin est mort. Autopsie : rougeur intense de la partie inférieure du tractus intestinal dont le contenu est pourtant liquide, même un peu sanguinolent, et présente, à côté d'autres variétés de microbes (bacillus subtilis, ancylobacter, etc.), une grande quantité de « virgules » mobiles (identiques à celles de la culture injectée), ainsi que beaucoup de petits bâtonnets courts à bords arrondis. Ces bâtonnets — *et seulement eux* — se trouvent en abondance dans le sang et les glandes mésentériques. Ils ressemblent beaucoup aux *cylindres d'Emmerich* et se comportent comme ces derniers dans les cultures de gélatine.

Deuxième lapin. — Injection dans le duodénum d'un bouillon où s'étaient « spontanément » développées les mêmes virgules. Le lendemain, l'animal est vivant et, en apparence, bien portant. On le tue pour faire l'autopsie : plaques glandulaires de la partie inférieure de l'intestin grêle entourées d'un anneau hyperémique visible à travers la séreuse; muqueuse aussi plus ou moins hyperémiée; l'intestin ne contient partout que des masses liquides dans lesquelles on remarque beaucoup de gros bâtonnets et des microbes filamenteux; les parties autour de l'anus sont fortement souillées par les matières fécales.

Les « bacilles recourbés de la viande » irritent donc les intestins, surtout la partie inférieure de l'intestin grêle, comme le font aussi les virgules de Koch. Chez le lapin n° 2, l'effet de l'injection s'était borné à une simple irritation, tandis que chez le lapin n° 1, à l'action locale s'était encore ajoutée une action générale que Skwortzoff met sur le compte de la pénétration dans le sang et les organes des « cylindres d'Emmerich. »

Nous avalons constamment des bacilles recourbés avec les aliments et l'eau potable, sans inconvénient pour notre santé. Il ne s'ensuit nullement que ces microbes soient inoffensifs. Bien au contraire, leur action pathogénique est prouvée par les cas de choléra nostras (tel que celui de Raptchinski), où ces microbes apparaissent en masse dans les selles. Si dans les conditions normales les bacilles recourbés ne nous infectent pas, c'est grâce à l'action microbicide du suc gastrique de la bile (1). Mais quand, par suite d'un excès ou d'un changement trop brusque du régime, les fonctions digestives viennent à être entravées, une infection par les bacilles recourbés devient très possible.

L'article de Skwortzoff est suivi d'une espèce de « post-scriptum » qui contient, sous forme de « communication préalable », un très court résumé de quelques autres recherches bactériologiques de l'auteur. Pour en donner une idée et vu que Skwortzoff promet dans peu de temps une communication détaillée (que nous attendrons avec impatience pour en faire part aux lecteurs de la Gazette médicale), bornons-nous à signaler simplement les assertions suivantes de l'auteur :

« Les corpuscules rouges du sang du lapin et de la gre-« nouille (dit Skwortzoff à la page 67, § 3) peuvent vivre et se « multiplier à la température ordinaire d'une chambre sur la « gélatine nutritive et dans une solution de peptone. Les hé-« maties des lapins deviennent nucléés dans ces conditions et « se multiplient par division et par bourgeonnement. Les hé-« maties des grenouilles se multiplient le plus souvent par « division seulement... » Les observations de Skwortzoff font « supposer que, inversement à l'opinion généralement admise, « les corpuscules blancs du sang proviennent d'une transfor-« mation des globules rouges... Les microbes joueraient, « d'après Skwortzoff, un rôle important dans la nutrition des « végétaux. Ainsi les corpuscules amylacés des graines con-« tiendraient des « microbes à l'état de repos » qui devien-« draient « actifs » pendant la germination, passeraient dans « la plantule et serviraient à sa croissance, à l'assimilation de « l'amidon, etc. »

Dr W. Holstein.

(1) Le manque d'espace nous oblige de passer sous silence quelques expériences de Skwortzoff qui montrent la réalité de cette action microbicide.

BIBLIOGRAPHIE

La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse (Rapport de missions remplies en 1881 et 1883), par M. le docteur A. Foville. — Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1885.

On sait que les pouvoirs publics sont actuellement saisis d'un projet de réforme de la loi de 1838 relative aux aliénés, et que le rapport — qu'on dit très remarquable — de notre éminent confrère, le docteur Th. Roussel, a été déposé par lui sur le bureau du Sénat.

Dans le cours de ses travaux préliminaires, la commission sénatoriale, chargée d'examiner le projet de loi du gouvernement, entreprit un voyage d'études pratiques à l'étranger et visita les établissements consacrés aux aliénés en Belgique, en Angleterre et en Écosse. Elle s'adjoignit M. le docteur Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, très au courant de ces questions de législations étrangères et le plus à même par ses travaux, par ses voyages antérieurs et par sa précédente mission de 1881, de les aider dans leur étude.

Le rapport rédigé par M. Foville à la suite de cette double mission vient d'être publié par la commission sénatoriale comme pièce annexée à son propre rapport, et, on peut le dire, il méritait à tous égards cet honneur.

Quand on songe aux difficultés si grandes qu'on éprouve — surtout lorsqu'on est étranger — à comprendre et à s'assimiler l'ensemble des dispositions légales qui régissent l'assistance des aliénés en Angleterre, on reste étonné devant le travail accompli par M. Foville, qui a su extraire de ce fouillis de lois tous les documents importants, les exposer avec méthode et clarté, et les comparer, en en tirant les conclusions les plus judicieuses et les plus pratiques, aux lois qui ont cours en Écosse et en France.

L'auteur ayant pris soin lui-même de résumer en quelques pages, sous forme de conclusions, son intéressant rapport, je ne saurais mieux faire que de reproduire ici la majeure partie de ce résumé. Je regrette toutefois de ne pouvoir pénétrer plus en détail dans l'étude si intéressante de M. Foville; mais je ne saurais trop engager les lecteurs qui désirent se faire une opinion sur l'assistance des aliénés et sur la valeur respective des diverses législations qui ont cours en France et à l'étranger, à lire avec soin le rapport de notre savant inspecteur général.

« La législation relative aux aliénés est loin d'être identique en Angleterre et en Écosse.

En Angleterre, il y a un nombre considérable de lois qui s'occupent des aliénés; les plus anciennes remontent à plus d'un siècle : la plupart sont en partie abrogées et restent en partie en vigueur, en sorte qu'au milieu d'un pareil dédale, les personnes, même les plus expérimentées, ont beaucoup de peine à se reconnaître. Il serait très désirable que ces lois fussent unifiées et coordonnées.

Les aliénés relèvent de deux administrations différentes, suivant qu'ils sont frappés d'interdiction ou qu'ils ne le sont pas.

Les aliénés interdits forment une classe à part, sous le nom d'aliénés du lord chancelier. Les formalités relatives aux jugements d'interdiction et à l'administration des biens des personnes interdites sont longues, compliquées et très coûteuses; elles ne peuvent être l'objet d'aucune imitation en France, où cette matière est réglée d'une manière beaucoup plus simple et plus économique.

La protection et la surveillance à l'égard de la personne des aliénés interdits sont organisées avec beaucoup de soin et confiées à un corps de hauts fonctionnaires, dont elles constituent la seule attribution (*visitors* du lord chancelier); mais rien ne démontre qu'il soit indispensable d'avoir un corps spécial d'inspecteurs, exclusivement chargé de la surveillance d'une classe de malades, dont le nombre n'est que de mille environ.

Les biens des aliénés non interdits ne sont l'objet d'aucune protection officielle.

Les personnes des aliénés non interdits sont placées sous la direction et la protection d'un corps administratif à peu près autonome, le bureau des *Commissionners in Lunacy*, dont les attributions embrassent l'administration et la surveillance de toute le service, et qui ont, en outre, quelques attributions judiciaires.

Sont seuls soustraits à leur autorité les aliénés qui sont traités, dans leur propre famille, par les parents eux-mêmes, et qui ne sont pas indigents. Tous les autres aliénés, qu'ils soient placés dans des établissements spéciaux, publics ou privés, qu'ils soient recueillis dans des maisons de pauvres (workhouses), qu'ils soient laissés à titre d'indigents dans leur propre famille, ou qu'ils soient traités, comme pensionnaires isolés, chez un particulier qui en tire profit, relèvent également du bureau des commissionners.

Les conditions d'admission des aliénés, placés volontairement dans les asiles anglais, sont très analogues à celles qui sont prescrites par la loi française du 30 juin 1838, sauf que l'on exige deux certificats de médecins au lieu d'un seul; en outre, on veille d'une manière beaucoup plus rigoureuse à la stricte exécution des formalités légales, notamment en ce qui concerne la rédaction des certificats médicaux d'admission.

Les placements d'office sont prononcés, sur le vu d'un certificat médical unique, mais détaillé, par les juges de paix des comtés ou des bourgs, magistrats qui réunissent la plupart des fonctions administratives et judiciaires locales.

Les conditions de maintenue et de sortie des aliénés placés dans les asiles se rapprochent beaucoup de celles qui sont en vigueur en France.

Les aliénés placés chez des particuliers comme pensionnaires isolés, et moyennant profit, sont soumis aux mêmes formalités d'admission, de séjour, de sortie, de surveillance et de protection que les aliénés placés dans les asiles spéciaux.

Les commissionners in Lunacy inspectent chaque année tous les établissements spéciaux, publics et privés, à des intervalles déterminés par la loi et variant suivant la nature des établissements; ils visitent de même tous les aliénés placés isolément chez des particuliers, moyennant profit. Ils exercent également leur surveillance, mais d'une manière moins directe et moins fréquente, sur les workhouses qui reçoivent des aliénés. Ils reçoivent la liste trimestrielle de tous les aliénés indigents qui peuvent exister dans chacune des paroisses du pays, et qui, dans chaque paroisse, sont placés sous la surveillance des autorités charitables et visités par les médecins des pauvres.

Les asiles d'aliénés de l'Angleterre constituent plusieurs catégories d'établissements qui se rapprochent, à bien des égards, de celles qui existent en France. D'une manière gé-

nérale, les asiles anglais disposent de ressources financières plus considérables que ceux de France, ce qui leur permet d'avoir un personnel plus nombreux et mieux payé. La méthode de traitement des aliénés, qui proscrit d'une manière absolue l'emploi des moyens de contrainte corporelle (*no-restraint*), y est d'une application à peu près générale. Dans leur ensemble, ces établissements sont remarquables par leur bon aménagement, par le confortable du mobilier, la libéralité du régime alimentaire, la bonne tenue et la tranquillité de la population des malades.

En Écosse, la législation relative aux aliénés est plus moderne et mieux édifiée qu'en Angleterre, ce qui a permis de la rendre à la fois plus simple et plus complète.

L'interdiction est prononcée par les tribunaux ordinaires; il n'y a rien qui réponde aux aliénés de la Chancellerie ni au corps spécial des fonctionnaires qui sont chargés, en Angleterre, de l'administration de leurs biens et de la protection de leur personne.

Il y a, à Edimbourg, un bureau de *commissioners in Lunacy* qui concentre entre ses mains la direction de toutle service, la protection et la surveillance de tous les aliénés interdits et non interdits et qui tient un répertoire complet de tous les malades placés sous sa juridiction.

Tous les placements durables d'aliénés, dans les établissements spéciaux de l'Écosse, sont faits en vertu d'une ordonnance délivrée par un magistrat qui est chargé, à la fois, de fonctions administratives et judiciaires, le shériff; cette ordonnance est rendue à la vue d'un double certificat médical.

En outre, on peut placer des malades dans les asiles avec un seul certificat médical, délivré d'urgence (*emergency*), mais ce mode de placement est tout à fait transitoire, car il n'a de valeur que pendant trois jours; ce délai suffit presque toujours pour remplir les formalités ordinaires et obtenir du shériff une ordonnance de placement prolongé.

Dans ces dernières années, des médecins des asiles de l'Écosse se sont appliqués à introduire, dans ces établissements, un ensemble de réformes nouvelles, ayant pour but d'augmenter encore le bien-être des malades et de rapprocher de plus en plus leur mode d'existence de celui des personnes qui vivent en liberté dans les habitations privées. L'expression la plus avancée de cette réforme consiste à supprimer tous les murs de clôture intérieurs, notamment ceux qui, dans les autres établissements, servent à constituer un préau ou jardin distinct pour chaque quartier de malades et à ne fermer pendant le jour aucune porte extérieure ni intérieure dans les bâtiments occupés par les aliénés. De là le nom d'*asiles aux portes ouvertes* donné aux établissements où cette méthode est appliquée. Elle est encore loin d'être généralement adoptée, et la majorité des médecins anglais paraît peu disposée à en recommander l'application.

Les *aliénés* dits *criminels* sont depuis longtemps, en Angleterre, l'objet de mesures spéciales.

En vertu d'une loi qui date de 1800, et qui est toujours en vigueur, lorsqu'un accusé, sur l'intégrité de la raison duquel il s'est élevé des doutes, passe en jugement devant un jury, celui-ci, s'il prononce l'acquittement, doit faire en même temps une déclaration spéciale, afin d'établir si l'acquittement est prononcé pour cause d'aliénation mentale et d'irresponsabilité au moment de l'acte. Dans ce cas, la Cour peut ordonner le maintien de l'accusé acquitté dans un établissement spécial pendant toute la durée du *bon plaisir de la reine*.

Un asile d'Etat, celui de Broadmoor, a été construit pour recevoir les aliénés de cette catégorie; il y a, en outre, dans la prison de Woking, un quartier exclusivement consacré aux condamnés à de longues peines (*convicts*) qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine.

Cependant, tous les aliénés dits criminels ne sont pas placés à Broadmoor, et les convicts aliénés arrivés à l'expiration de leur sentence ne peuvent rester à Wolking. Dans les deux cas, les malades sont placés dans les asiles ordinaires des comtés; il en est de même des condamnés à de courtes peines qui deviennent aliénés; dans beaucoup d'asiles de comtés, le mélange des aliénés de ces diverses catégories avec les malades ordinaires a provoqué des plaintes de la part des administrateurs de ces établissements.

Le ministre de l'intérieur est investi d'un pouvoir à peu près discrétionnaire pour accorder, sur la proposition des médecins traitants, aux aliénés du « bon plaisir de la reine », qui ne paraissent plus dangereux, des sorties soit définitives, soit conditionnelles; dans ce dernier cas, l'ancien aliéné ainsi sorti, qui donne des signes de rechute, peut être réintégré à quelque époque que ce soit.

En Écosse, le régime auquel sont soumis les aliénés dits criminels ressemble beaucoup à celui de l'Angleterre, mais il présente encore sur lui quelques perfectionnements.

C'est ainsi que le ministre de l'intérieur a le droit de maintenir dans le quartier spécial de la prison de Perth, qui sert d'asile d'Etat pour les aliénés criminels, un condamné devenu aliéné, même au-delà de l'expiration de sa sentence, s'il juge qu'il serait dangereux ou nuisible de le transférer dans un asile ordinaire.

C'est ainsi, également, que la sortie conditionnelle des aliénés du « bon plaisir de la reine » est entourée de précautions plus complètes et mieux combinées pour assurer leur surveillance continue et leur prompte réintégration à l'asile, aussitôt qu'une rechute paraît à craindre.

Dr E. RÉGIS.

NOTES & INFORMATIONS

LE CHOLÉRA A MARSEILLE ET A TOULON. — A Marseille, l'épidémie cholérique est à son déclin, si, on en juge par le petit nombre des cas de décès cholériques qui se sont produits dans le courant de la semaine dernière (4 le 18 septembre, 5 le 19, 3 le 20, etc.).

A Toulon, la situation est stationnaire.

— Le ministre du commerce a prescrit aux directeurs du service de santé des ports du littoral de la Méditerranée d'appliquer une observation de cinq jours à toutes les provenances d'Italie et de Sicile, en défalquant la durée de la traversée.

La mesure n'est pas applicable à la Sardaigne; toutefois, dans les ports de Toulon et de Marseille, les provenances de Sardaigne seront soumises seulement à une inspection médicale.

L'état civil de Marseille a enregistré le 23 septembre 33 décès dont 3 cholériques.

— Sur la proposition de M. Lamarle, directeur de la compagnie des Eaux minérales de la Bourboule, le Conseil mu-

nicipal de cette station thermale, dans sa séance du 21 août dernier, a décidé que le nom de Gueneau de Mussy serait donné à l'une des principales places ou rues de la ville, comme témoignage de reconnaissance envers le très regretté docteur M. Noël Gueneau de Mussy.

Tout le monde sait que M. Noël Gueneau de Mussy a été réellement l'un des créateurs de la réputation de la Bourboule, et que l'ère de prospérité inouïe où cette ville d'eaux est entrée, date de la publication des résultats si remarquables que l'illustre praticien a obtenus de l'emploi de cette eau minérale dans les hôpitaux de Paris. (Union médicale).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

Le docteur Henriet. — Nous venons d'apprendre la mort de M. le docteur Henriet, chirurgien des hôpitaux.

Depuis plusieurs années, souffrant d'une affection dont il avait pris les premiers germes dans les amphithéâtres malsains de dissection, alors qu'il était prosecteur, le docteur Henriet avait, malgré une santé gravement atteinte, continué à poursuivre ses travaux, et n'avait jamais voulu se décider à prendre un repos momentané qui eût, peut-être, arrêté les progrès du mal. Il a tenu, jusqu'à ses derniers jours, à remplir ses fonctions de chirurgien des hôpitaux avec un zèle et une ardeur qui, malheureusement, ne faisaient qu'aggraver sa maladie.

Élève de M. Henriet, nous avons pu apprécier les qualités éminentes du maître, et profiter, peu de temps, hélas ! de ses leçons et de son enseignement. Il avait le rare talent d'exposer nettement et en quelques mots les questions délicates et difficiles, et c'était toujours une véritable fête pour nous quand nous le voyions venir certains jours à l'hôpital dans un état de santé relativement meilleur : il oubliait alors au lit du malade son propre malheur, et, tout entier à la chirurgie qui lui était si chère, ne pensait plus qu'aux malades qui lui étaient confiés.

Opérateur habile, il avait conservé une des qualités des anciens chirurgiens et pratiquait ses opérations avec une extrême rapidité et une sûreté de main remarquables. Aussi nous autres, jeunes élèves, voyant le maître terminer heureusement les opérations les plus délicates, ayant pu le suivre pendant plusieurs mois, nous étions arrivés à nous persuader que la chirurgie devait être chose bien facile, puisqu'elle se faisait devant nous avec tant de simplicité et d'aisance.

C'est avec un profond regret que nous voyons la chirurgie française perdre un de ses meilleurs représentants, mort à 37 ans, à l'âge où, sorti vainqueur de concours laborieux et difficiles, il semblait qu'il n'ait plus qu'à recueillir les fruits de ses peines et de ses travaux.

A. Martha,
interne des hôpitaux.

— M. Ernest Baudrimont, membre de l'Académie de médecine (section de pharmacie), professeur à l'École supérieure de pharmacie, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils, est mort à Paris le 14 septembre dernier, à l'âge de 64 ans. Ernest Baudrimont, né à Compiègne le 2 septembre 1821, était le neveu d'un ancien professeur de la Faculté de Paris. Il a attaché son nom à des travaux remarqués sur le *Phosphore*, l'*iodure d'amidon*, la *préparation de l'oxygène*, et au *Dictionnaire des falsifications* de l'excellent Chevalier, dont il était le collaborateur. Il avait une grande indépendance de caractère, à fort bien « dit M. le président Bergeron, indépendance qui enlève parfois « un peu de charme aux relations sociales, mais qui a du moins « cet avantage précieux d'assurer sans conteste la dignité de la « vie. »

— Nous apprenons aussi la mort de M. le professeur Henri Hæser (de Breslau). M. Hæser était l'un des derniers représentants de l'érudition médicale. Sans négliger ses devoirs de professeur, de doyen et de recteur de l'Université, il a publié un grand nombre de mémoires et d'ouvrages d'une valeur réelle sur l'histoire de la médecine. Il est un des rares savants de l'Allemagne qui aient toujours conservé avec la France ses anciennes et confraternelles relations. M. Hæser, l'un des meilleurs amis de Daremberg, était d'une obligeance parfaite et d'une sûreté de renseignements très rares de nos jours. Voici le titre de quelques-uns de ses ouvrages : *De Sorano Ephesio*... (1840); *Lehrbuch der Geschichte der Medicin* (div. édit.); *Uebersicht der Geschichte der Chirurgie* (1844); *Bibliotheca epidemiographica* (1862); *Geschichte der epidemischen* (1865); *Ueber die medicinische Schule zu Salerno* (1851).

A. D.

***

École de pharmacie de Paris. — M. Joubert (Georges-Alexandre) est nommé préparateur adjoint des cours d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Pluszezewski, dont la délégation est expirée.

***

Hôpitaux de Reims. — M. le docteur Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin suppléant à la suite d'un concours.

***

Académie de médecine. — *Eaux minérales*. — Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (Concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu au mois de décembre prochain, au siège de l'Académie de médecine, à Paris, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886. Sont admis à concourir les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat des Facultés, soit à celui des Écoles de plein exercice, des Écoles supérieures de pharmacie ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1885, à quatre heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

Concours. — Un concours pour la nomination à trois places vacantes d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha, dont une pour Douéra, s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit, au secrétariat de la direction de l'hôpital civil de Mustapha, au plus tard le lundi 2 novembre, jusqu'à quatre heures du soir, et déposer en même temps toutes les pièces nécessaires.

Bien que le concours ne soit annoncé que pour trois places, il pourrait se faire que le nombre des vacances devînt d'ici là supérieur à ce nombre. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er décembre prochain ; ils sont nommés pour trois ans.

— Un concours pour la nomination à neuf places d'internes préparateurs en pharmacie, au même hôpital de Mustapha, s'ouvrira aussi, le mardi 3 novembre 1885, à l'École de médecine d'Alger.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, au plus tard le 2 novembre, jusqu'à quatre heures du soir. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er décembre prochain ; leur nomination est faite pour trois années.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

186. M. Pinto. Etude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme. — 187. M. Jan. Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne. — 188. M. Thémoin. De la réunion immédiate des tendons par la nature. — 189. M. Barré. Contribution à l'étude clinique de l'arthropathie chez les ataxiques. — 190. M. Guggemos. Contribution à l'étude de la pyosalpingite et de son traitement chirurgical. — 191. M. Lescaux. Des perturbations cardiaques dans le goître exophthalmique. — 192. M. Vergos. Des inflammations, et spécialement des phlegmons du membre thoracique consécutifs aux lésions de ce membre dans les arsenaux de la marine. — 193. M. Le Gal. Essai sur la phlegmatia alba dolens des femmes en couches.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 14 AU SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 25. — Variole 2. — Rougeole 9. — Scarlatine 2. — Coqueluche 4. — Dipthérie, croup 16. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 21. — Autres affections générales 76. — Malformation et débilité des âges extrêmes 31. — Bronchite aiguë 8. — Pneumonie 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 67. — au sein et mixte 38 — Inconnu 8. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 91. — de l'appareil circulatoire 54. — de l'appareil respiratoire 64. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 18. — de la peau et du tissu lamineux 2. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 12. — Total de la semaine : 901 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution à l'étude de la taille biliaire (cholécystotomie), par le docteur Duriau, ancien interne des hôpitaux. Une brochure grand in-8 de 95 pages. — Prix : 3 fr. — Paris, chez Davy, imprimeur, 52, rue Madame et 14, rue Monsieur-le-Prince.

Fistules urèthrales non urinaires, par le docteur Reliquet. In-8. — Prix : 1 fr. 50. — Paris. Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traitement de la migraine par le massage, par le docteur Norstrom. Un vol. in-8. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine.

Système vasculaire. — Circulations locales. — Procédés d'injection des veines du cœur vers les extrémités, par le docteur L. Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Première partie : La Main. — Un volume gr. in-8 cartonné, avec 4 planches en chromo hors texte. — Prix : 5 fr. — (Cette première partie a été couronnée par l'Académie des sciences (Prix Monthyon) — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. Nº 40 3 OCTOBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA PHOSPHATURIE ET DE LA POLYURIE DANS LES LÉSIONS OSSEUSES. (Communication faite au Congrès des chirurgiens français, par le docteur F. VERCHÈRE, chef de clinique de la Faculté.)

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Si nous résumons les différents faits que nous venons de rapporter sommairement, nous pouvons, dès l'abord, conclure à la coïncidence fréquente d'un trouble de la sécrétion urinaire chez les malades atteints de fractures.

Mais est-il permis d'assigner un rôle quelconque à ces troubles sécréteurs dans la production ou dans l'évolution des lésions osseuses.

La phosphaturie ou la polyurie sont-elles apparues avant ou après les lésions osseuses? Sont-elles causes ou effets ?

Il est difficile d'affirmer dans un sens ou dans l'autre. On ne ne peut examiner avant l'accident les malades sujets des différentes observations ; mais il est permis de procéder par déduction on par analogie.

Dans l'observation I, la fracture de l'humérus est causée par une contraction musculaire, et l'on sait combien est rare cette cause, surtout chez un individu jeune et bien portant. La phosphaturie, que nons retrouvons chez notre malade de l'observation II, dont la fracture se fit sans grande violence, a joué un rôle indéniable dans la production de la lésion.

Le malade de l'observation III avait déjà remarqué qu'il était forcé de se réveiller la nuit, qu'il urinait beaucoup avant sa fracture.

Dans les deux observations (II et III), les renseignements sont en faveur de la présence du diabète avant la lésion osseuse.

De plus, si l'on remarque que les analyses d'urine furent faites immédiatement après l'accident dans les observations II et V, qu'elles donnèrent dès ce moment des quantités d'acide phosphorique exagérées, et que, plus tard, les analyses faites de nouveau donnèrent des résultats analogues, il est permis de penser que la fracture n'a amené aucun changement dans un état préexistant.

Enfin, nous avons examiné et fait analyser les urines de malades atteints d'ostéomyélite prolongée avant et après un évidement osseux ; la quantité d'acide phosphorique ne s'est pas modifiée ; l'évidement, qu'au point de vue pathologique on peut comparer à une fracture, n'amena aucune altération.

Deux malades opérés de « genu valgum » en 1883 par l'ostéoclasie, dont les urines ont été examinées par nous avant

FEUILLETON

Policlinique

ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF HUMAIN FÉCONDÉ, par le docteur MARTIN-SAINT-ANGE. — Paris, J.-B. Baillère et fils.

Suite et fin. — Voir les numéros 38 et 39.

Dans ces observations, nous voyons les quatre fœtus, séjournant dans les membranes à l'état de cadavre de un à trois mois, déterminer jusqu'à la délivrance le découragement et l'hébétude, la fièvre et la mélancolie chez deux mères, les deux autres restant à peu près bien portantes. Dans les quatre faits, la délivrance s'est accomplie sans écoulement de sang.

De plus, il est juste de remarquer que dans la troisième observation où la lésion de circulation est attribuée à la torsion du cordon, que dans la quatrième où elle est rapportée à la compression du cordon, que dans la deuxième observation du premier groupe d'altération jaune ou elle est indiquée comme produite par le nœud dn cordon du fœtus œdématié, il est juste, dis-je, de remarquer qu'en nous donnant ces faits, l'auteur ne saurait dire plus nettement qu'il ne voit dans la lésion constante de la caduque que le phénomène immédiat, prochain, de l'avortement, phénomène se déclarant presque inévitablement à la suite de toutes les autres causes qu'il n'a nullement prétendu exclure.

Dans le troisième groupe de la troisième classe viennent se placer quatre observations, dans lesquelles l'altération jaune de la caduque atteint profondément l'état anatomique de l'œuf, le décomplète, le diminue, en faisant disparaître, par disjonction ou par dissolution, quelques-unes de ses parties constituantes et quelquefois même tous ses grands appareils organiques. Des quatre produits, deux sont représentés sur les planches XVII-XVIII et les deux derniers sur la planche XI.

La première femme a vingt-trois ans ; elle est atteinte de leucorrhée depuis son enfance. Elle se marie en 1836. Quatre ans après, elle devient enceinte. Trois semaines après la suppression des règles, elle est prise de vomissements pendant six semaines, puis de difficulté d'évacuation du rectum exigeant l'emploi des

et après l'opération, n'ont présenté aucune modification des urines à la suite de l'intervention chirurgicale.

Il est dès lors naturel de penser que la phosphaturie précédant l'accident est un signe de dénutrition osseuse et par suite un symptôme de la fragilité du squelette.

Nous ne sommes pas éloignés d'attribuer une valeur analogue à la polyurie, véritable diabète insipide que nous trouvons chez notre malade de l'observation IV, qui se fit une fracture sus-malléolaire pour être tombé de la hauteur de trois marches d'escalier. La polydipsie qu'il présenta est en rapport avec l'excrétion abondante d'urine (2 à 3 litres en moyenne).

L'influence de la polyurie et de la phosphaturie sur la consolidation des fractures n'est pas moins évidente. Les faits peuvent se ranger en plusieurs classes, suivant qu'il y eut ou non modification dans l'évolution normale de la fracture.

Certains malades ont vu se consolider leur fracture, malgré une phosphaturie extrêmement marquée (obs. I, II). D'autres (obs. VI, VII, VIII) présentèrent une consolidation très lente, sans avoir présenté autre chose que de la polyurie.

Celle-ci, au point de vue de la consolidation, semble donc jouer un rôle plus important; nous la trouvons dans presque toutes nos observations où est signalé un retard dans la guérison (obs. III, VI, VII, VIII).

Enfin, certains malades (obs. III, IX), dont les fractures se consolidèrent lentement, présentèrent de l'acide phosphorique en excès dans l'urine soit avec polyurie (obs. III), soit sans polyurie (obs. IX).

Est-il permis d'admettre qu'il existe un rapport de cause à effet entre le diabète phosphatique ou insipide et le retard de consolidation des fractures? les faits semblent le prouver.

Nous rappelons l'expérience de Teissier qui put provoquer la disparition d'un cal osseux en rendant phosphorique l'animal qui en était porteur, et nous admettrons avec lui que le diabétique (diabète insipide ou phosphatique) présente une véritable dénutrition du squelette expliquant la fragilité osseuse et la consolidation tardive des fractures.

II. — Maladies osseuses spontanées.

Dans cette deuxième partie de notre étude, il nous faut, dès l'abord, prévenir que nous ne rapportons que les observations dans lesquelles nous avons trouvé signalés des troubles urinaires.

Ceux-ci, disons-le immédiatement, sont de deux ordres : les uns tenant à une lésion viscérale, les autres à un trouble de la nutrition en général.

Ces faits nous serviront à contrôler ceux que nous avons rapportés au sujet des lésions traumatiques.

Obs. X. — *Ostéomyélite prolongée. — Néphrite ancienne. — Polyurie. — Pas de phosphaturie.*

V... (Aug.), polisseur, 17 ans (salle Michon, n° 52), est petit, pâle, paraît à peine 12 ans. Son affection osseuse a débuté en 1882 par les phénomènes aigus de l'ostéomyélite. Il est entré alors à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Périer, où on lui fit deux incisions au niveau de la face interne de la cuisse. Il ne sortit pas de séquestre à cette époque; mais on dut remarquer dès ce moment des troubles urinaires, car on lui fit garder toutes ses urines et on les examinait fréquemment. La cicatrisation se fit en trois mois et demi. Il retourna chez lui, et, trois mois après, survint un nouvel abcès à la région externe de la cuisse que l'on incisa encore à Saint-Antoine. Pas de séquestre. Sortie deux mois après, conservant une fistule.

A l'entrée, à l'hôpital de la Pitié, subluxation du tibia en arrière; augmentation de volume de l'extrémité inférieure du fémur. Cicatrices au niveau du tendon du grand adducteur; deux cicatrices en dehors, au niveau du tendon du biceps, allongées, allant du côté du creux poplité. Pas de douleurs, pas d'esquilles.

L'état général est assez satisfaisant, malgré la pâleur et l'aspect chétif du malade. Aux sommets des poumons, respiration rude, inégalité de sonorité à la percussion.

Polyurie marquée. La quantité d'urine oscille entre 2,000 et 2,500 gr. Analyse remise par M. Béhal.

Urine pâle, légèrement trouble, acide. Quantité : 2000; densité : 1,011.

Urée 8,82 par litre, soit 17,64 par jour. Acide phosphorique anhydre 0,295 par litre, soit 0,590 par jour. Ni sucre, ni albumine.

Examen microscopique. Urate de soude.

Obs. XI. — *Ostéite du grand trochanter. — Albuminurie. — Polyurie. — Evidement.*

W... (Edouard), infirmier, 21 ans, entre le 10 février 1885 à l'hôpital de la Pitié. Il porte depuis l'âge de 5 ans une lésion au niveau du grand trochanter gauche, présentant de temps en temps de véritables poussées inflammatoires déterminant des abcès, des fistules persistant plus ou moins longtemps.

---

laxatifs. A deux mois de grossesse, dans un effort de défécation, elle éprouve la sensation d'un corps étranger qui s'échappe des parties génitales en même temps qu'un flot de liquide; la malade a la conscience de la diminution de volume du ventre. Velpeau, consulté, crut que l'enfant allait sortir; six mois après, consulté de nouveau, il crut qu'il serait résorbé. La vérité est qu'il était sorti. L'examen pratiqué huit jours après l'écoulement du liquide fait reconnaître que l'utérus a le volume d'une orange, l'orifice est mou et entr'ouvert. On ne peut produire la sensation du ballottement, c'est-à-dire d'un corps dur flottant dans un liquide. La santé est bonne jusqu'au onzième mois. A ce moment, la fièvre se déclare avec 110 pulsations et un écoulement séro-muqueux jaunâtre, puis fétide, s'effectue par la vulve. Au douzième mois, se déclarent des douleurs de reins et de bas-ventre pendant six heures. La délivrance s'opère sans effort et sans perte notable de sang. Huit semaines après la délivrance a lieu le retour des règles; ce qui porte la suppression menstruelle à quatorze mois révolus. L'œuf de douze mois de gestation n'est arrivé qu'à deux mois d'évolution; son expulsion dernière s'est faite en bloc; il présente une coloration jaune citron de la caduque, du chorion et de l'amnios; ces enveloppes sont perforées d'une ouverture fistuleuse amnio-utérine, autour de laquelle les membranes sont plissées. La physiologie pathologique permet de reconstituer les phases du processus morbide : il s'est produit sous forme d'ampoule, dans un point affaibli de la caduque, une hernie de l'amnios et du chorion qui a d'abord fait saillie dans la cavité utérine; l'accumulation du liquide amniotique a distendu, puis rompu les membranes ovulaires malades; le flot de liquide amniotique qui s'est échappé a entraîné avec lui l'embryon sans le cordon qui s'était détaché à l'ombilic; le placenta membraneux, encore diffus, est resté avec le cordon retrouvé au moment de la délivrance. Ainsi, dans ce fait, absence de l'embryon.

Dans la planche XVIII, figures 5 et 6, est représenté un œuf de trente-trois jours, issu d'une femme de 30 ans, leucorrhéique, n'ayant jamais eu d'autre grossesse. C'est à la suite d'une longue promenade en voiture qu'il a été expulsé de l'utérus, entouré d'une couche très mince de caduque en grande partie ramollie; il est constitué par un chorion épais et très villeux doublé de l'amnios, qui lui est fortement adhérent. Le fœtus qu'il contient, à peine formé, n'a pas de vésicule ombilicale.

a l'âge de 14 ans, il présenta un œdème généralisé qui le maintint six semaines malade.

En 1881, il entra à l'hôpital Saint-Antoine, où M. Périer fait l'évidement du grand trochanter et constate l'albuminurie.

L'albumine disparaît l'année suivante, pendant qu'il est infirmier à Lariboisière.

Il entra à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 51.

Le 13 février 1885. — Évidement du grand trochanter. Le matin de l'opération, l'urine avait été examinée et ne contenait pas d'albumine.

Les jours qui suivirent, la polyurie devint persistante : 2,400, 2,500 gr.; 3 litres d'urine.

M. Béhal en fait l'analyse le 5 mars et trouve 30 gr. d'urée et 1 gr. 34 d'acide phosphorique, et des quantités considérables d'albumine.

Une nouvelle analyse, faite le 16 mars 1885, révèle encore la présence de 2 gr. 10 d'albumine par litre.

Le malade présente un bon état général et part pour Vincennes le 24 mars 1885.

Obs. XII. — *Ostéomyélite du grand trochanter. — Phosphaturie. — Évidement.*

N... (Octave), journalier, 29 ans, entra le 23 mars 1885 à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, n° 12.

Né de père et mère vigoureux, n'a jamais eu le moindre accident dans son enfance; ni strume, ni rhumatisme.

L'affection qui l'amène à l'hôpital débuta à l'âge de 13 ans : gonflement progressif de la région trochantérienne; douleurs localisées, puis ouverture d'un abcès siégeant à la face externe du grand trochanter.

Persistance d'une fistule. De temps en temps survenaient de véritables poussées inflammatoires. Immobilisation de l'articulation.

Les fistules se multiplient.

A l'entrée, on constate une ostéite du grand trochanter. Incision et évidement le 27 mars. Issue d'un séquestre. Depuis ce temps, le malade va très bien.

M. Béhal examina les urines le 25 mars 1885.

Quantité émise en vingt-quatre heures : 1,600 gr.

Densité, 1,017; urée : 21,84 par jour.

Acide phosphorique anhydre : 2,52.

Ni sucre, ni albumine.

Quel rapport établir dans ce dernier cas entre la phosphaturie et la lésion osseuse? Quel est la cause? Quel est l'effet?

Un fait, dès l'abord, doit être remarqué, c'est la rareté relative de la phosphaturie chez les malades atteints d'ostéomyélite, dont nous avons, à ce point de vue, examiné les urines.

La phosphaturie, dans les affections osseuses spontanées, a été signalée depuis longtemps, et, en particulier, dans l'ostéomalacie et le rachitisme; mais la raison de sa présence dans ces affections s'explique naturellement par la généralisation à tout le squelette de la maladie osseuse.

En est-il de même dans les lésions inflammatoires?

M. Verneuil, rapportant l'histoire d'un jeune garçon, porteur d'une ostéite traumatique, dans les urines duquel on trouva de l'acide phosphorique en excès, combat la coïncidence du diabète phosphatique et de l'ostéo-périostite. Mais rien n'indique, dit-il, que « l'état constitutionnel ait précédé plutôt que suivi la lésion osseuse ».

Le diabète phosphatique peut s'accompagner de troubles douloureux du côté du système osseux; Teissier cite une observation de phthisique phosphaturique chez lequel on trouvait des points excessivement douloureux, spontanément et à la pression, sur le trajet des os longs.

M. le professeur Bouchard signale, chez une malade, devenue d'ailleurs plus tard glycosurique, des douleurs du squelette, coïncidant avec une excrétion exagérée d'acide phosphorique.

Dans ces deux cas, les douleurs osseuses sont causées par le diabète phosphatique. La réciproque est-elle vraie? Une lésion osseuse peut-elle donner lieu à de la phosphaturie?

Si nous relisons nos observations d'ostéomyélite aiguë ou prolongée, siégeant sur différents points du squelette et, par suite, ayant amené des lésions graves et étendues du tissu osseux, nous ne trouvons pas de phosphaturie. Comment, dès lors, admettre que celle-ci a pu être causée par une lésion relativement minime, l'ostéite du grand trochanter que nous trouvons chez notre malade de l'observation XII.

Nous croyons naturel de conclure ici, comme pour la lésion osseuse traumatique, que la phosphaturie est un symptôme d'un état général particulier et que les lésions osseuses quelque étendues qu'elles paraissent, ne sont pas suffisantes pour amener une excrétion exagérée des phosphates. Le diabète phosphatique peut jouer un rôle dans l'apparition des lésions osseuses (Bouchard, Teissier), mais les destructions osseuses,

---

Dans ce fait, absence de la vésicule ombilicale.

La planche XI représente un œuf de six semaines issu d'une femme d'origine espagnole, mariée depuis treize ans à un riche Havanais. Elle n'avait jamais eu de grossesse. Un an après son arrivée à Paris, il y eut suppression des règles, le 12 février 1840. Quarante-six jours après l'époque présumée de la conception, douleurs de reins, puis un léger écoulement sanguinolent, sortie d'un caillot assez volumineux contenant l'œuf actuel, qui présente l'hypertrophie et le ramollissement de la caduque avec absence de l'embryon, de l'amnios et de la vésicule ombilicale; il ne reste que le cordon. La disparition de l'embryon s'explique par sa dissolution dans l'eau de l'amnios; ce liquide albumineux était ici contenu dans la cavité allantoïdienne, celle de l'amnios n'existant pas. Dans ce fait, absence de l'embryon, de l'amnios et de la vésicule ombilicale.

Sur la même planche XI, se trouve figuré un œuf de six mois et demi, émis par une femme de 33 ans, lymphatique et primipare. Elle gardait une boutique du Palais-Royal et faisait des veilles prolongées; elle devint enceinte trois mois après son mariage. Pendant sa grossesse, elle va faire une excursion à Fontainebleau. Tandis qu'on déjeunait sur l'herbe dans la forêt, une couleuvre passe au milieu des convives en frôlant la robe de la femme qui éprouve une vive émotion, bientôt suivie de douleur dans le ventre et dans les reins; on rentre à Paris. Les douleurs persistent dans la nuit et le lendemain matin, à six heures, quelques gouttes de sang s'écoulent par la vulve. M. Martin-Saint-Ange, appelé, trouve la matrice à peine grosse comme une tête d'enfant à terme, ayant une consistance molle dans son corps et le col ouvert; il annonce la probabilité d'avoir un produit moins développé que ne semblerait le faire présumer la date de la grossesse; les douleurs se succèdent toutes les deux minutes. Deux heures après l'examen, expulsion en bloc de l'œuf. Pendant six heures se produit un léger écoulement de sang entraînant quelques lambeaux de caduque altérée. Les suites de couches furent simples; la malade se leva le troisième jour. L'œuf, de six mois et demi d'incubation, représente à peine un œuf de six semaines. La caduque est à l'état graisseux; les villosités choriales sont atrophiées. Dans cet œuf, on note l'absence du fœtus, de l'amnios, de la vésicule ombilicale et du cordon disparus par dissolution. L'œuf est simplement constitué par un chorion villeux.

inflammatoires ou traumatiques, ne donnent pas lieu à l'apparition de l'acide phosphorique en excès dans les urines.

La polyurie, que l'on rencontre souvent et dont nous avons donné deux exemples (Obs. X, XI), est en rapport, non pas avec la lésion osseuse, mais avec la lésion rénale, qui l'accompagne. Le présence de l'albumine, passagère ou permanente, l'œdème qui peut survenir (Obs. XI), la présence des cylindres épithéliaux, les douleurs rénales spontanées et à la pression, permettent d'établir le diagnostic, en l'absence de l'albumine.

Il est facile de comprendre l'importance thérapeutique de cette recherche. Le traitement d'un malade atteint de néphrite interstitielle chronique (obs. X, XII) devra être tout différent de celui que l'on indiquera à un diabétique phosphaturique atteint d'ostéomyélite (obs. XII).

A la fin de cette étude, nous arrivons à des conclusions identiques pour les lésions traumatiques et pour les lésions spontanées. Le diabète phosphatique ou insipide joue un rôle important dans les lésions localisées, traumatiques ou spontanées, mais celles-ci sont impuissantes à le produire.

La facilité avec laquelle se font certaines fractures a souvent pour cause un trouble de nutrition du squelette, révélé par la présence de l'acide phosphorique dans les urines.

Certains retards dans la consolidation osseuse peuvent coïncider avec les différents symptômes du diabète, isolés ou réunis (polydipsie, polyurie, phosphaturie).

Une lésion osseuse traumatique (accidentelle ou chirurgicale) ou spontanée (inflammatoire ou néoplasique) ne détermine pas la phosphaturie, quelle que soit l'étendue de la destruction osseuse.

L'ostéomyélite prolongée ou aiguë s'accompagne souvent de polyurie : au point de vue diagnostique et thérapeutique, il sera utile de rechercher si cette polyurie est due à une lésion du rein (néphrite infectieuse) ou à un trouble de la nutrition osseuse (diabète insipide).

Quel est le trouble de nutrition caractérisé par la phosphaturie, constituant le diabète phosphatique et déterminant la fragilité osseuse ? Il n'est encore permis que des hypothèses.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

NOTE, A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS, POUR MONTRER L'IMPORTANCE, AU POINT DE VUE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE, DES LÉSIONS VISCÉRALES, par L. MONNIER, interne des hôpitaux.

Parmi les influences qu'exercent sur les traumatismes chirurgicaux, ou autres, les lésions viscérales préexistantes, les propathies, suivant l'expression du professeur Verneuil, il n'en est peut-être pas de plus néfastes que celles du mal de Bright, et nous ajouterons, de plus imprévues. C'est en effet une affection très souvent latente, du moins au moment où le traumatisme a lieu, latente en ce qu'elle ne se manifeste par aucun signe objectif. Il faut, en un mot, y songer pour la découvrir, et établir par là même la gravité probable de l'opération que l'on va pratiquer. Que d'échecs on s'épargnerait si l'on mettait toujours en pratique le précepte suivant : « On ne doit pas plus négliger d'examiner les urines que de regarder la langue. » Or, pour graver cet axiome dans l'esprit, il n'est rien de plus efficace que de publier les revers. En voici deux des plus probants :

Observation I. — RÉTRÉCISSEMENT URÉTRAL CHEZ UN MALADE ATTEINT DE NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE LATENTE ; DILATATION PROGRESSIVE ; MORT, AVEC DES PHÉNOMÈNES DE SEPTICÉMIE.

Le nommé Lecomte (Jules), 43 ans, journalier, entre le 21 juillet 1885 salle Michon, nº 62, service de M. Verneuil.

C'est un homme très vigoureux, présentant sur sa physionomie l'aspect d'une santé parfaite. De fait, il n'a jamais été malade, à part des fièvres intermittentes contractées en Afrique, mais disparues depuis huit à dix ans, et deux blennorrhagies, sans complications du reste, survenues l'une à 21 ans et l'autre à 22 ans.

Dix ans après la dernière, à la suite d'excès de boissons, il est pris d'une rétention subite d'urine, qui nécessita le cathétérisme pendant trois jours, puis tout rentra dans l'ordre. Mais, peu de temps après les premiers signes de rétrécissement apparurent, si peu accentués, du reste, qu'il ne fut obligé de venir consulter que le 21 juillet.

Ce jour-là, sans causes connues (il affirme n'avoir fait aucun écart de régime), il est pris d'une rétention subite d'urine et entre à l'hôpital. Une bougie filiforme est introduite, très difficilement du reste, dans la vessie. Le rétrécissement paraît double : l'un dans

---

Dans les quatre faits d'altération jaune de la caduque avec émission d'œufs incomplets, comme commémoratifs nous notons la leucorrhée chez deux malades et chez les deux autres l'hémorrhagie et l'émotion due au contact d'une couleuvre. Des quatre produits, sur le premier œuf de douze mois de gestation nous remarquons l'absence de l'embryon ; mais, au point de vue de la physiologie pathologique, la malade a senti s'échapper de la vulve un corps étranger couvert de sang coagulé entraîné par un flot de liquide ; au point de vue de l'anatomie pathologique, nous constatons l'existence d'une fistule amnio-utérine sur les membranes qui contiennent encore le cordon ; d'où cette conclusion que l'embryon a existé, qu'il s'est détaché de l'œuf par disjonction et qu'il a été expulsé au dehors. Il est utile de rappeler à côté de ce fait celui de la planche X, dans lequel l'embryon et le cordon se sont séparés sans disparaître. En présence de cet œuf perforé d'une ouverture fistuleuse, il importe de faire remarquer, au point de vue de la médecine légale, que la perforation de l'œuf ne saurait être considérée comme un signe irréfragable d'un avortement criminel.

Sur le deuxième œuf, nous constatons l'absence de la vésicule ombilicale, mais nous pouvons affirmer que la vésicule ombilicale absente a existé, puisque cette vésicule n'est formée que par le restant de granulations périphériques qui ont constitué le chorion, l'amnios et l'embryon présents.

Le troisième œuf ne contient ni la vésicule ombilicale, ni l'amnios, ni l'embryon, mais la présence du cordon, dont la gaine émane de l'amnios et dont les vaisseaux procèdent de la vésicule ombilicale et de la vésicule allantoïde, qui est un bourgeon de l'extrémité caudale de l'embryon, la présence du cordon, dis-je, suffit pour établir l'existence antérieure de l'embryon et de ses appareils dissous.

Dans le quatrième œuf, il y a absence à la fois de la vésicule ombilicale, de l'amnios, de l'embryon et du cordon ; il ne reste rien que l'œuf vide réduit à sa coque, réduit au chorion, mais ce chorion est hérissé de villosités destinées à lui faire prendre racine dans l'organisme, et cette seule disposition suffit pour faire admettre la dissolution de la vésicule ombilicale, de l'amnios, du fœtus et du cordon préalablement existants. Le chorion villeux est un œuf fécondé. La présence de villosités choriales à sa surface est un signe univoque de fécondation.

L'énumération sommaire des vingt-cinq faits auxquels l'auteur,

la portion pénienne, l'autre dans le lieu d'élection au collet du bulbe. Un bain est ordonné.

La bougie ne peut être longtemps tolérée, par suite d'envie impérieuse d'uriner, impossible à satisfaire autour de la bougie. Celle-ci enlevée, le malade urine un peu. Mictions fréquentes et peu abondantes pendant la nuit.

Le lendemain, nous parvenons à passer une bougie légèrement plus grosse, mais seulement en lui donnant une disposition spirale. Cette fois encore, le malade doit l'enlever au bout de quelques heures.

Le 23 juillet, une bougie no 3 passe aisément et sans douleurs vives. Lecomte se sent très bien; il est très heureux de la facilité avec laquelle il urine. Le produit de la miction ne présente du reste, en apparence, rien d'anormal; aussi ne nous vient-il pas à l'idée de l'examiner.

Le 27, la bougie no 9 est introduite sans peine. Le soir, le malade a un violent accès fébrile avec vives douleurs bilatérales partant des reins pour venir se terminer dans l'hypogastre, en suivant le trajet des uretères.

Le matin 27, nouvel accès de fièvre. T. 40o,6.

La pression de la région lombaire est douloureuse de chaque côté: les urines examinées contiennent des flots d'albumine rétractile, sans sucre du reste.

La bougie no 10 est passée, mais retirée aussitôt. Il semble s'être produit, en effet, une poussée aiguë du côté des reins, sans doute malades depuis longtemps; il n'y a guère lieu, en effet, de songer sérieusement à un rappel de paludisme. Cependant, il est prescrit du sulfate de quinine: 75 centigrammes; diète lactée; révulsifs sur les régions lombaires.

T., le soir, 40o,2.

27 juillet. — Moins de souffrances dans les lombes. T. 40o. Il a uriné deux litres dans les vingt-quatre heures: urines, sans dépôts, un peu foncées, nullement sanguinolentes.

T., le soir, 40o,4.

31 juillet. — Aux symptômes précédents, se sont ajoutés, hier, de la raideur de la nuque et des lombes, de la trémulation musculaire aux moindres mouvements. Langue sèche surtout au milieu (langue rénale typique), T., hier matin, 39o; soir, 40o,6. Ce matin, 38o,2. Il ne souffre, du reste, en aucune façon. Même traitement. Le soir, T. 39o,4.

2 août. — Depuis hier, il est dans une sorte de coma vigil: laissant aller sous lui matières fécales et urines. Il répond cependant toujours aux questions et déclare toujours ne pas souffrir. T., hier, matin, 39o; soir, 39o,8. Ce matin, 38°,4. Les contractures persistent.

Le sulfate de quinine a été porté hier à la dose de 1 gramme. T., le soir, 39,8; l'aggravation est telle que la mort semble peu éloignée.

3 août. — Le malade est en agonie; sa langue est sèche comme du bois, mais non fuligineuse; il mâchonne sans cesse. T. 39°,8.

Mort le soir à huit heures avec 41o de température.

AUTOPSIE. — *Poumons*. — Adhérences anciennes, générales à droite, fort larges à gauche. Congestion intense et friabilité des deux bases, qui présentent quelques infarctus anciens.

Cœur. — Flasque, pas sensiblement hypertrophié, non athéromateux.

Foie. — Gras, friable. La capsule de Glisson s'enlève aisément.

Reins. — Très volumineux; ils pèsent: le droit, 250 grammes et le gauche 225 grammes. Ils sont blancs çà et là, rougeâtres par ailleurs; friables et ramollis. La capsule s'enlève facilement, laissant voir plus clairement les infarctus anciens et des rétractions cicatricielles.

La coupe des bassinets donne issue à du liquide louche baignant une muqueuse ardoisée, congestionnée. Pas d'abcès dans le parenchyme rénal.

Vessie. — Parois épaisses, mais indemnes.

Urètre. — La coupe faite, le rétrécissement ne paraît pas très accentué; en tout cas, il n'y a qu'une petite éraillure longitudinale de 7 à 8 millimètres sur 2 ou 3, avec un léger décollement de la muqueuse, mais sans aucun prolongement: tractus nombreux sur la muqueuse urétrale.

Prostate. — Indemne.

Observation II. — FISSURE ANALE ET HÉMORRHOÏDES. — DILATATION ET CAUTÉRISATION DES HÉMORRHOÏDES A L'AIDE DU THERMO-CAUTÈRE. — MORT PAR URÉMIE. (Observation qui sera publiée également dans le tome VI des *Cliniques* de M. Péan.)

Le nommé Basnier (Louis), âgé de 54 ans, entre, le 27 octobre 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton no 14, service du docteur Péan.

Il n'a fait aucune maladie sérieuse: pas de chancre ni de blennorhagie. Très sujet à la constipation, il n'avait pas souffert des hémorroïdes jusqu'à il y a trois ans. A cette époque, il éprouva des douleurs au fondement et rendit du sang venant d'hémorroïdes qu'il sentait très bien avec le doigt. Un médecin consulté fit appliquer des cataplasmes et ordonna en lavement un médicament dont il ignore le nom. Dès le premier jour du traitement, le flux hémorrhoïde s'arrêta, mais immédiatement apparut une poussée inflammatoire du scrotum et de la face interne des cuisses avec production de phlyctènes. Des pommades résolutives arrêtèrent cette sorte d'éruption médicamenteuse.

Un mois après, nouvelle poussée hémorrhoïdaire qu'il essaya

---

avec une sage réserve, a limité sa publication, m'a paru indispensable pour montrer leur importance. Les réflexions qu'ils font naître me semblent justifier le plan adopté.

Au point de vue de l'œuf non fécondé, l'exposition préalable de l'ovulation menstruelle normale dans un utérus sain permet, en effet, chez les vierges comme chez les femmes mariées, de la différencier de l'ovulation anormale donnant lieu à l'exfoliation de la muqueuse d'un utérus malade, et l'examen des cinq observations de menstruation pathologique avec issue de membrane dysménorrhéale démontre qu'il est possible, avec un peu d'attention, de distinguer les produits fécondés de ceux qui ne le sont pas.

Au point de vue de l'œuf humain fécondé, pour établir l'utilité du rapprochement parallèle de l'état normal et de l'état anormal, il suffit, dans les vingt observations d'expulsion prématurée de l'œuf, de rappeler les quatre premiers faits et les quatre derniers.

D'abord, pour les premiers, après avoir exposé que, jusqu'à la quatrième semaine, l'œuf n'est qu'enchâssé dans la caduque réfléchie non encore close et dont l'occlusion peut être retardée par un arrêt de développement, l'auteur nous prépare à comprendre qu'à ce moment il peut s'échapper avec facilité par l'ombilic de la caduque ouvert; voilà pourquoi les avortements sont plus fréquents dans les premières semaines de la conception.

Ensuite, pour les quatre dernières observations, l'exposition préalable de l'évolution normale de l'œuf fécondé nous fournit les éléments nécessaires pour établir la preuve de l'existence antérieure des organes disparus, et elle jette une grande clarté sur les divers aspects de l'œuf altéré et sur sa dégradation successive qui va jusqu'à ne plus laisser subsister que sa coque.

Remontant au phénomène prochain de ces graves désordres, la lésion de circulation, qui joue le rôle principal dans la pathologie de la menstruation et de la grossesse, l'auteur déduit, comme enseignement, cette règle d'hygiène: qu'il faut, dans cet organisme féminin si prompt à l'émotion et dans lequel l'apport du liquide nourricier amène chaque mois une rénovation périodique, veiller à ce que la circulation sanguine soit régulière et libre. Pour obtenir ce résultat, la femme doit viser à ce que chaque époque menstruelle s'effectue au milieu d'un repos absolu d'esprit et de corps; elle doit éviter l'étranglement du torse par le corset, dont la constriction gêne à la fois la respiration de la femme et la circulation de la femme et de l'enfant. L'infraction à cette règle générale pro-

d'arrêter par des pommades; finalement, à la suite d'améliorations et d'aggravations successives, il est obligé d'entrer à l'hôpital.

Ajoutons que chaque selle, impossible, du reste, sans lavements, est accompagnée d'une violente cuisson qui persiste deux ou trois heures après. Les matières sont passées comme à la filière. Quoique l'appétit soit bon, il a maigri notablement. Du côté des voies urinaires, il accuse une petitesse considérable du jet d'urine et deux ou trois mictions par nuit.

Etat actuel. — Bourrelet hémorrhoïdal complet et au centre quelques boutons hémorrhoïdaux assez volumineux : introduction du doigt très douloureuse; celui-ci est fortement serré dans l'anus où il perçoit une ligne indurée, vraisemblablement une fissure. La prostate paraît normale. L'état général est assez mauvais : le facies, pâle, exprime la souffrance et la fatigue; il n'a pas dormi, en effet, depuis plusieurs nuits. Il est amaigri et ne présente d'œdème nulle part. Traitement : bains de siège, suppositoires, lavements froids.

30 octobre. — Disparition des douleurs, sphacèle de plusieurs petits boutons hémorrhoïdaux; rétention d'urine qui a cédé aujourd'hui. Même traitement.

5 novembre. — Amélioration lente; cautérisation des boutons avec l'acide azotique.

16 novembre. — La douleur ayant reparu, opération après anesthésie; dilatation forcée; on voit nettement la fissure. Une pince hémostatique est mise à la base de chaque bouton hémorrhoïdaire un peu volumineux, puis celui-ci est fendu lentement au thermo-cautère. Pansement phéniqué.

18 novembre. — Rétention d'urine depuis hier soir; sensibilité du ventre et fièvre légère; constipation. Un peu de saignement à l'anus ces jours-ci. Traitement : bain de siège, cataplasme sur le ventre; purgation, diète liquide.

23 novembre. — Douleurs dans les mollets, quoique l'on n'y trouve rien d'anormal. La fièvre, qui, du reste, n'existe que le soir, a diminué. Le malade est très faible; une petite eschare s'est faite au sacrum. On administre quelques toniques.

29 novembre. — Depuis quatre ou cinq jours, il est apyrétique; cependant, il se cachectise : anorexie, œdème des extrémités et de la verge, douleurs dans les mollets. Les hémorrhoïdes ont disparu.

1er décembre. — Aggravation rapide : symptômes très nets d'urémie à forme pulmonaire (congestion, dyspnée, etc.). Œdème se généralisant, pâleur extrême, diminution considérable de la sécrétion urinaire : flots d'albumine. Toujours pas de fièvre. Traitement classique de l'urémie : régime lacté, etc.

3 décembre. — Toutes les sécrétions sont taries, orthopnée et agitation perpétuelle. Le malade est emporté mourant. Nous avons appris qu'il était mort le lendemain.

Une foule de considérations intéressantes découlent de ces deux faits. Il n'est pas douteux, en effet, que le second malade n'ait succombé à des lésions rénales, quoique la nécropsie ne soit pas venue affirmer péremptoirement la chose.

Ces deux malades sont morts avec des flots d'albumine dans l'urine; mais le second seul a présenté le syndrome classique de l'urémie avec apyrexie et anurie. Le premier, au contraire, est monté à la température de 41°, émettant deux litres à deux litres et demi d'urine dans les vingt-quatre heures. C'est qu'en effet la néphrite qui l'a tué a revêtu un caractère infectieux du fait du cathétérisme. La petite éraillure du canal a vraisemblablement servi de porte d'entrée au principe septique : sur un organisme sain, un simple accès de fièvre urétrale en eût été la conséquence, mais ici il devait en être tout autrement. En effet, des trois groupes d'accidents que l'on peut voir survenir après le cathétérisme, même simplement explorateur (fièvre urétrale éphémère, néphrite infectieuse, septico-pyohémie), les deux derniers n'apparaissent presque jamais en dehors de lésions rénales préexistantes : lésions qu'il faut savoir découvrir.

Il faut avouer sans détour qu'ici on a manqué au précepte formulé plus haut, en ne faisant pas l'analyse des urines dès l'entrée de ces deux malades. Toutefois, et c'est là un motif de consolation, en admettant qu'on eût trouvé de l'albumine dans l'urine (celle-ci étant parfois intermittente), aurait-on pu se dispenser, chez l'un, de pratiquer la cure radicale des hémorrhoïdes, les moyens anodins ayant échoué; chez l'autre, de faire la dilatation progressive et lente en y mettant la plus extrême douceur? Evidemment non; mais, en présence d'un mal de Bright préexistant, on aurait prévu la possibilité d'accidents graves, et prévoir en pratique est chose importante.

L'intervention n'a pas été ici, à proprement parler, sanglante; mais supposons qu'il eût fallu faire l'uréthrotomie interne ou externe, ou que, pour nous placer à un point de vue plus général, une opération sanglante quelconque fût nécessaire chez ces deux malades, n'aurait-on pas eu à enregistrer le même revers, et cela en dépit de l'antisepsie la plus rigoureuse? C'est là vraisemblablement le secret d'in-

---

duit la congestion et la stase du sang dans tout l'appareil génital dont l'intégrité est compromise. « L'élément essentiel de la faculté « de reproduire chez la femme, dit Greenwald, réside dans son « aptitude à couver l'œuf fécondé qui dépend elle-même de l'inté- « grité des tissus utérins bien plus que dans l'aptitude à conce- « voir. »

Les sécrétions normales et pathologiques étant sous la dépendance du courant sanguin, c'est à la lésion de circulation dans l'appareil reproducteur qu'est due l'existence à l'état chronique de l'endométrite se traduisant par la leucorrhée si fréquente chez les citadines et si habituellement préférée au traitement souvent long, il est vrai, qu'exigerait la guérison.

Dans l'état de gravidité, c'est à cette leucorrhée que doivent être attribués, ainsi que l'attestent les faits précédents, de nombreux cas d'expulsion prématurée de l'œuf.

A l'état de vacuité, d'après l'opinion de l'auteur, à laquelle je joindrai le témoignage de Virchow, c'est de cette leucorrhée que procèdent les affections organiques si diverses et si répandues des organes reproducteurs de la femme, affections que précède et décèle le plus souvent la présence des flueurs blanches si généralement portées avec une inconscience déplorable.

Après la lecture de ce travail, on peut rendre à l'auteur cette justice qu'il est resté fidèle à l'épigraphe placé à la première page, il a laissé parler les faits.

La publication de faits si consciencieusement recueillis et si judicieusement interprétés amène à penser que si on écrivait moins avant d'avoir observé et si on écrivait plus après l'expérience acquise, les livres seraient moins nombreux, mais la logique semble indiquer qu'ils seraient plus utiles.

L'iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé de M. Martin-Saint-Ange est un livre utile, et il a sa place marquée dans la bibliothèque des œuvres de la polyclinique.

BERRUT.

succès chirurgicaux inexpliqués, cas dont le nombre se restreindra de plus en plus à mesure que s'étendront les notions d'influence réciproque des états généraux sur les traumatismes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

I. Trois observations de kystes échinocoques (du foie et du rein), par le docteur Hensner (2). — II. Un cas de kyste échinocoque du foie, par le docteur Bülau (3). — III. Un cas de kyste échinocoque du foie; opération. Mort par suite d'une obstruction de l'oreillette droite par une vésicule hydatique, par M. W. Ignatjeff (4). — IV. Kyste échinocoque de la rate, par le docteur Th. Golubow (5). — V. Kyste hydatique du rein droit, par le docteur Lindsay Steven (6). — VI. Un cas de kyste échinocoque de la glande thyroïde, par le docteur Meinert (7). — VII. Un cas de kyste échinocoque de l'orbite, par le docteur Hans Schmid (8).

I. Les deux premières observations de M. Heusner ont trait à des cas de kystes échinocoques du foie, opérés tous deux. Dans le premier cas, le patient éprouva à la suite de l'opération, des accidents dûs à ce que la plaie anfractueuse ne s'était point oblitérée. On pratiqua une contre-ouverture à la paroi postérieure du thorax, après avoir réséqué la neuvième côte. Cette contre-ouverture traversa la cavité pleurale. Il s'ensuivit un empyème, qu'il fallut opérer. Le malade était en voie de guérison au moment où l'observation a été publiée.

Chez le second malade, un kyste échinocoque du foie s'était ouvert spontanément dans les poumons et avait subi la dégénérescence septique. Après résection d'un fragment de la septième côte, on mit le kyste à nu et on retira une grande quantité de pus fétide, ainsi que de nombreuses vésicules hydatiques. Six semaines après l'opération, le malade quittait l'hôpital en bonne voie de guérison.

Enfin, chez une femme affectée d'un kyste échinocoque du rein, on fit l'ouverture de la ca ité abdominale, et après fixation du kyste aux téguments, on incisa la tumeur. Au fond du sac se voyait le rein, intact en apparence, et qu'on laissa en place. La cicatrisation se fit sans réaction. Au moment de la publication de ce fait, la malade conservait une fistule, qui ne laissait échapper que peu de liquide.

Particularité digne d'être notée : chez le premier malade, à la suite d'une première ponction exploratrice, il était survenu de la fièvre, un état de collapsus, des symptômes de péritonite, puis une éruption roséolique, semblable à celle de la rougeole.

II. Le malade de M. Bülau éprouvait depuis deux mois des douleurs dans la moitié droite du ventre, où l'on constatait la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dure, à surface lisse, recouverte en grande partie par des anses intestinales. Elle remontait au-dessous du rebord des fausses côtes, et cependant, jusqu'à ce niveau, la percussion dénotait la présence de parenchyme pulmonaire perméable. Deux ponctions exploratrices ne donnèrent pas de résultats. Toutefois, deux années auparavant, une ponction pratiquée par le professeur Ziemssen avait donné issue à un liquide lactescent, et dès cette époque, on avait porté le diagnostic de kyste échinocoque du foie. Il se forma ensuite un exsudat pleurétique. Une ponction, pratiquée immédiatement au-dessous de l'angle de l'omoplate, livra un liquide trouble, jaunâtre, fétide, contenant des crochets. Même résultat à la suite d'une ponction pratiquée à travers le septième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Il était évident que le kyste s'était ouvert dans la cavité pleurale; avec cela, ictère; léger œdème de la paroi abdominale, à droite; fièvre rémittente.

Opération : Résection des dixième et onzième côtes; sortie d'une sérosité limpide, jaunâtre; rétraction du poumon. On divisa le diaphragme, qui formait une voussure très prononcée. Il s'échappa par l'incision un liquide trouble, fétide, contenant des vésicules hydatiques. Mort à la suite d'une diarrhée hémorrhagique. A l'autopsie, on trouva dans le lobe droit du foie deux kystes échinocoques superposés. L'une des tumeurs s'était ouverte en avant, mais des adhérences péritonéales avaient formé un enkystement tout autour. Une seconde perforation s'ouvrait dans la branche gauche de division du canal hépatique. Le lobe gauche du foie avait subi une hypertrophie compensatrice considérable. La muqueuse du rectum était envahie par une inflammation diphtéritique.

III. M. Ignatjeff a opéré une jeune paysanne pour un kyste échinocoque du foie; 30 grammes de chloroforme ont suffi pour donner une anesthésie complète. Incision de six centimètres le long de la ligne blanche; section du péritoine, qui fut soudé aux téguments par des points de suture. L'opérateur se mit ensuite en demeure de fixer le kyste à la paroi abdominale, avant d'en opérer l'ouverture, lorsque subitement le cœur de la malade cessa de battre; aussitôt après, arrêt de la respiration, cyanose de la face et du cou. On eut recours, sans succès, à la trachéotomie et à la faradisation du nerf phrénique. La jeune fille succomba.

Autopsie. — Une vésicule échinocoque, enroulée sur elle-même, obstruait la dernière portion de la veine-cave inférieure et faisait saillie dans l'oreillette droite. La vésicule, déroulée, mesurait dix centimètres en travers et avait une épaisseur de trois à quatre centimètres. L'oreillette et le ventricule droits ne contenaient pas de sang. La veine-cave inférieure, dans le voisinage du foie, était percée d'une ouverture arrondie, de un centimètre de diamètre, due manifestement à l'érosion de la paroi par le kyste avoisinant. Pour M. Ignatjeff, la rupture s'est effectuée pendant l'opération, et une vésicule hydatique s'engageant dans le vaisseau déchiré est allée faire embolie à l'embouchure de ce dernier, en déterminant l'arrêt du cœur.

L'observation de M. Ignatjeff est, en tout cas, des plus curieuses.

IV. Mossler (voir Gazette médicale, 1884, p. 366), n'a trouvé dans les recueils de la littérature médicale que 17 observations de kyste échinocoque de la rate, auxquelles il a joint quelques observations personnelles. M. Golubow vient d'en publier une autre, relative à un chasseur âgé de 46 ans,

(1) Voir deux revues sur le même sujet, in Gazette médicale, 1880, p. 425, et 1884, p. 365.
(2) Deutsche medic. Wochenschrift, 1884, n° 49.
(3) Ibidem, 1885, n° 6.
(4) Medizinskoje Obosrenje, 1885, n° 4.
(5) Ibidem, 1885, n° 8.
(6) Glasgow medic. Journal, juin 1885, vol. XXIII, n° 6.
(7) Centralblatt für Chirurgie, 1885, n° 24, p. 427.
(8) Ibidem, n° 26, p. 459.

qui tenait toujours deux ou trois chiens dans son habitation. Au mois de juillet 1883, le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, douleurs qu'exaspéraient les mouvements brusques et les inspirations profondes. Au mois d'octobre, le malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur sous le rebord des fausses côtes à gauche; cette tumeur augmenta rapidement de volume; à sa partie antérieure, elle était surmentée d'une saillie grosse comme un poing, tendue, fluctuante. Le 19 janvier 1885, on en retira par l'aspiration, au moyen d'un trocart fin, 200 grammes d'un liquide légèrement opalescent, qui contenait de nombreux crochets et une forte proportion d'acide succinique. Le 30 janvier, le malade, qui ne souffrait plus, quittait l'hôpital. La tumeur principale était, à n'en pas douter, constituée par la rate et la saillie fluctuante, qui avait diminué de volume, par un kyste échinocoque. Lors d'un nouvel examen, au mois de mars dernier, la rate avait diminué de volume et de consistance, et la tumeur échinocoque avait complètement disparu.

V. Une femme mariée, âgée de 30 ans, vint consulter une première fois M. Lindsay Steven, au mois de septembre 1885, pour les symptômes d'un mal de Bright; au mois d'octobre, on s'apercevait de l'existence d'une tumeur dans le flanc droit, qui était en connexion évidente avec le rein. Quelques jours plus tard, après une violente crise douloureuse, la malade rendait, par les urines, du pus et de nombreuses vésicules hydatiques. Jusque vers la fin de novembre, l'état de cette femme resta relativement satisfaisant. Puis il se fit une aggravation subite. La sécrétion urinaire tarit presque entièrement. Dépérissement, fièvre hectique. Il y avait donc lieu d'admettre que le rein gauche était également malade, ce qui rendait illusoire toute intervention chirurgicale. La malade succomba au bout de très peu de temps.

Autopsie. — Le rein droit était transformé en un kyste volumineux (7 ponces 1/2 de long sur 4 1/2 de large; épaisseur, 3 pouces). La paroi de ce kyste était mince, surtout par endroits. Du milieu du bord antérieur s'échappait l'uretère, qui était en libre communication avec l'intérieur du kyste. Celui-ci contenait encore un certain nombre de vésicules-filles. A l'examen microscopique, on trouve, sur la paroi du kyste, en des points assez nombreux, des restes de parenchyme rénal, comprimé et altéré dans sa structure. Le rein gauche était en état de dégénérescence amyloïde très avancée.

Le médecin anglais pense que vraisemblablement il eût été possible de prévenir la dégénérescence amyloïde du rein gauche, si l'on avait pu diagnostiquer et opérer en temps utile le kyste échinocoque du rein droit, en l'attaquant par la paroi lombaire. Peut-être eût-on réussi de la sorte à laisser en place une partie du rein droit, en assez bon état pour contribuer à assurer la survie.

VI. L'observation de Meinert concerne la fille d'un boucher des environs de Dresde, âgée de seize ans, qui vivait en contact habituel avec des chiens. Dans le courant de l'année dernière, cette jeune fille vint consulter M. Meinert, pour un goître dont les débuts remontaient à une douzaine d'années. La tumeur avait fait son apparition pendant que la patiente, alors âgée de quatre ans, était en convalescence d'une fièvre typhoïde, et quelques semaines après qu'on lui eut ouvert un abcès de la parotide (?). Elle portait, en effet, au-dessous de l'angle postérieur du maxillaire, à droite, une cicatrice de quatre centimètres de longueur. La tumeur s'est accrue lentement jusqu'à l'âge de huit ans, sans occasionner d'ennuis à la jeune fille. Il y a un an, elle s'est mis à diminuer. Depuis quelques mois, la malade est devenue sujette à de l'oppression pendant son travail et lorsqu'elle monte un escalier.

La tumeur avait la forme d'une demi-sphère, le volume d'une orange; elle occupait la ligne médiane et se déplaçait avec le larynx à chaque mouvement de déglutition. M. Meinert, en l'absence de toute fluctuation, crut à un goître parenchymateux, et il eut recours à des injections d'alcool dans la tumeur. Dès la seconde injection, il se heurta à une résistance insolite. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide d'une limpidité parfaite. Le 6 septembre (1884), incision de la tumeur; il en sort un jet de liquide qui atteint l'opérateur aux lèvres. Celui-ci est frappé du goût salé de ce liquide; en même temps, un kyste blanc s'échappait hors de la plaie. On pensa immédiatement à un kyste échinocoque, et l'examen ultérieur démontra qu'on avait affaire à une vésicule-mère, stérile. Un pansement au sublimé assura une cicatrisation rapide de la plaie opératoire.

L'auteur ajoute qu'il n'a pu trouver dans les recueils de la littérature médicale un seul cas authentique de kyste échinocoque du corps thyroïde. Il existe pourtant une observation irrécusable, due à Nélaton, et que M. Houel a relevée dans sa thèse d'agrégation (*Des tumeurs du corps thyroïde*, Paris, 1860). D'autres cas, publiés par Bach, Bullier, de Haen, Laënnec, Lieutaud, sont sujets à critique et ont été discutés par Krishaber, entre autres, (article Goître in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), qui inclinait à y voir soit des tumeurs goîtreuses prises pour des kystes échinocoques, soit, dans deux de ces cas, des tumeurs échinocoques développées en dehors du corps thyroïde.

VII. M. H. Schmidt publie une observation de kyste échinocoque de l'orbite chez un jeune homme de seize ans. Depuis six mois, ce jeune homme se plaignait d'une faiblesse croissante de la vue; on avait remarqué que le globe oculaire à droite devenait de plus en plus saillant. Pas de douleurs, mais depuis très peu de temps, sensation de brûlure attribnée à ce que l'œil n'était plus protégé suffisamment par les paupières que le malade ne pouvait plus clore. En l'examinant, on constate la présence, au niveau de la commissure interne de l'œil et plus en dehors, d'une tumeur fluctuante qui est cause de la procidence de l'œil. Il est difficile de savoir si la tumeur est située en arrière de la conjonctive ou dans la profondeur de l'œil. Une ponction exploratrice, pratiquée à travers la paupière supérieure avec une seringue de Pravaz, donne issue à un liquide clair, qui ne contient pas de crochets de scolex. Néanmoins, on s'arrête au diagnostic de kyste échinocoque. Ce jour même, la tumeur s'efface en même temps que la paupière supérieure est envahie par un œdème considérable. Au bout de huit jours, la tumeur reparaît; elle est un peu moins saillante. M. Küster procède à son extirpation et retire un kyste du volume d'une noix ordinaire, niché dans le fond de l'orbite. Après incision de la paroi fibreuse de ce kyste, on put en retirer une vésicule-mère intacte.

L'auteur insiste sur la nécessité de faire une incision large, pour mener l'opération à bonne fin. Il entre dans quelques détails sur les soins consécutifs. Enfin, il rappelle que, dans le Compendium d'ophthalmologie de von Græfe et Saemisch (1880), se trouvent relevés 39 cas plus ou moins authentiques de kystes échinocoques de la cavité orbitaire.

Nous rappellerons, à notre tour, qu'un autre exemple de kyste échinocoque de l'orbite a été publié dans le courant de l'année dernière par E. Meyer (GAZETTE DES HÔPITAUX, 1884, p. 108). Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui s'était présenté à la clinique de M. Meyer avec une exophthalmie très prononcée de l'œil droit. Le globe de l'œil était refoulé au dehors et en haut. Près de la commissure interne de l'œil, siégeait une tumeur qui paraissait être contiguë à la sclérotique. A l'examen ophthalmoscopique, on constatait les signes d'une atrophie de la papille avec œdème. Une incision pratiquée au niveau de la commissure interne de l'œil donna d'abord issue à du pus, puis un kyste vint faire saillie dans la plaie. En excisant une portion de sa paroi, on donna issue à un liquide limpide. Avec une sonde, on pouvait pénétrer à 4 centimètres de profondeur. On excisa le reste du kyste; c'était une tumeur échinocoque. Guérison en l'espace de quatre semaines.

(A suivre.)

E. RICKLIN.

CORRESPONDANCE

Bordeaux, le 22 septembre 1885 (1).

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens d'apprendre qu'au Congrès de phréniâtrie et de neuropathologie récemment tenu à Anvers, un mémoire de moi ayant pour titre : « Note sur les observations anxieuses ou émotives (délire émotif de Morel) », dont M. le docteur Cuylits avait bien voulu donner lecture en mon nom, avait été exclu des comptes rendus officiels du Congrès, sous le prétexte invoqué par M. le docteur Magnan et quelques-uns de ses confrères, qu'il reproduisait purement et simplement certains travaux antérieurs de M. Magnan, et que j'avais même copié à peu près textuellement un travail lu par lui dans une des dernières séances de la Société médico-psychologique de Paris.

Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur en chef, d'emprunter la voix de votre journal, où j'ai l'honneur d'écrire depuis déjà plusieurs années, pour protester hautement et de toutes mes forces contre une pareille imputation et pour lui opposer le démenti le plus formel.

Je compte, au reste, publier prochainement dans le journal L'ENCÉPHALE le mémoire dont il s'agit, accompagné des explications nécessaires. Ces documents établiront, je n'en doute pas, de la façon la plus nette ma bonne foi et ma probité scientifiques, indignement suspectées, et serviront à éclairer les lecteurs comme les membres mal informés du Congrès d'Anvers sur la nature et la signification réelle de l'incident.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'hommage de mes sentiments respectueux.

Dr E. RÉGIS.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

PREMIERS PANSEMENTS DES FRACTURES OUVERTES, par REYMOND-JEAN LARGEAU, ancien interne des hôpitaux.

Travail essentiellement pratique, qui pourrait servir de manuel. Tous les petits détails nécessaires à la prompte guérison d'une fracture ouverte sont minutieusement exposés et relatés d'après des notes prises dans les services de MM. Lucas-Championnière, Périer, Nicaise. C'est dire que les précautions antiseptiques sont établies en règle invariable, aussi bien dans la pratique hospitalière que pour la chirurgie militaire. Si on ne dispose pas des pièces nécessaires pour un pansement bactérien complet, il faudra se borner à un lavage complet de la plaie, qui devra être fermée exactement après ablation des esquilles, hémostase, etc. L'auteur recommande l'emploi d'une solution de sublimé au 1/1000°, au lieu de l'acide phénique, selon la pratique de M. Périer. Enfin immobilisation à l'aide d'un scultet en dehors de l'hôpital. Dans un service, appareil plâtré ou gouttière.

Un mot d'une statistique empruntée aux cliniques de Zurich, Gœttingen, Breslau : de 1860 à 1867, les fractures compliquées y ont donné 38 % de mortalité. Aujourd'hui, les statistiques sont de 9/63 (Julliard), 3/29 (Lister), 6/53 (Socin), 1/28 (Schede); enfin Volkmann, dans 73 cas de fractures ouvertes, n'a pas perdu un seul malade.

Exprimons un regret en terminant : bien que l'auteur n'eût pas eu l'intention de faire un travail d'ensemble, il nous semble qu'il ne devait pas passer sous silence le nom de M. Guérin, ni les excellents résultats que fournit le pansement ouaté comme *premier pansement* des fractures ouvertes.

LUXATIONS EN ARRIÈRE DU PREMIER MÉTACARPIEN SUR LE TRAPÈZE, par M. ANTOINE GIRARD.

Exposé d'une affection peu commune dont l'auteur a pu réunir vingt-six cas; deux lui sont personnels. Deux mécanismes différents produisent cette luxation : 1° flexion avec adduction forcée; 2° extension avec addduction forcée du premier métacarpien. On observe deux variétés : variété incomplète, la plus fréquente (16 fois sur 26); variété complète, souvent accompagnée de désordres graves et de lésions des articulations voisines.

La luxation incomplète se reconnaît aux signes suivants : saillie légère de la tête métacarpienne en arrière; légère déformation de l'éminence Thénar; pouce et premier métacarpien parallèles aux autres segments du gril métacarpien; mouvements diminués d'étendue, mais possibles. Dans la luxation complète, on rencontre : gonflement œdémateux souvent considérable; tumeur osseuse dorsale, quelquefois comparable à un œuf de pigeon; flexion du pouce ou très rarement extension; raccourcissement du pouce par chevauchement du premier métacarpien.

L'anatomie pathologique a été faite d'après des expériences cadavériques. Elles montrent, dans la luxation incomplète, un simple déplacement des os sans déchirure de la capsule et une tension légère de ses fibres antérieures; dans la luxation complète, une déchirure des fibres antérieures, une distension des postérieures, mais sans solution de continuité à leur niveau.

Dr E. DESNOS.

CIRCULATIONS LOCALES. — PROCÉDÉ D'INJECTION DES VEINES, DU CŒUR VERS LES EXTRÉMITÉS, MALGRÉ LES VALVULES ET SANS LES FORCER, par le docteur BOURCERET. Dessins d'après nature, par B. BARRAUD, avec préface de M. le professeur SAPPEY. Première partie : *La main*. — Chez Doin, éditeur.

L'auteur de ce travail a réussi, grâce à un nouveau procédé d'injection, dont nous croyons devoir reproduire le résumé, à préciser certaines dispositions dans les origines et le trajet des veines de la main.

(1) Nous avons reçu cette lettre trop tard pour l'insérer dans précédent numéro.

On détache le membre supérieur du tronc, on introduit dans l'artère humérale une canule et, à l'aide d'un tourniquet, on établit une forte constriction sur la racine du membre séparé.

La pièce est ensuite plongée dans l'eau chaude pendant quelques heures, à une température de 40 à 45° centigrades.

Ces préparatifs faits :

1° « Faire passer par l'artère une injection non colorée (suif, gélatine) qui traverse les capillaires et revient par les veines. S'arrêter quand les veines sous-cutanées se dessinent nettement sous la peau ;

2° « Choisir une veine bien distendue (du bras pour injecter l'avant-bras, de l'avant-bras pour injecter la main), à trajet rectiligne ne recevant pas de branches importantes à ce niveau.

« Après avoir découvert et dénudé cette veine dans la plus petite étendue possible, la ponctionner avec une canule à robinet muni d'un trocart ;

3° « Pousser, *par l'artère* et *par la veine*, du cœur vers les extrémités, des injections fortement colorées. »

Sur des pièces ainsi préparées, on constate qu'autour des dernières phalanges des doigts, les artérioles se vernissent, pour la plupart, dans de gros capillaires ; mais ceux-ci, au lieu de se présenter sous la forme d'artérioles communiquant entre elles, comme dans le tissu érectile, conservent leur configuration cylindrique et prennent presqu'aussitôt le caractère d'une veine qui se contourne au point de former un peloton à contours bien arrêtés et indépendant des pelotons voisins.

En somme, comme le dit M. le professeur Sappey qui a honoré ce travail d'une préface : « les pelotons veineux décrits par M. Bourceret représentent une véritable découverte qui vient s'ajouter à tant d'autres déjà inscrites dans les annales de la science et qui tiendra parmi celles-ci un rang honorable ».

G. Variot.

REVUE DES THÈSES

De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'intestin et en particulier par celles de l'intestin grêle, par Émile Lévêque.

L'auteur entend par *rotation* un mouvement circulaire exécuté par une portion d'intestin soit sur son axe propre ou longitudinal (torsion), soit autour d'un axe étranger à ce segment, c'est-à-dire autour d'un autre organe ou d'une autre portion d'intestin servant d'axe (enroulement ou volvulus). Le mécanisme des étranglements, facile à saisir au point de vue théorique, est l'objet de démonstrations expérimentales fort bien conduites, que d'intéressantes observations viennent aussitôt justifier. La première, remarquable à tous les titres, a provoqué l'idée du travail que nous analysons. Des planches, reproduisant la pièce pathologique, déposée, du reste, au musée Dupuytren, indiquent le passage progressif d'une anse intestinale dans une boutonnière mésentérique amenant l'étranglement simultané de l'extrémité supérieure par torsion, de l'extrémité inférieure par compression.

Sans méconnaître les mérites de l'auteur dans ses études étiologiques et symptomatologiques, il est incontestable que la physiologie pathologique des étranglements est la partie de l'ouvrage la mieux traitée, celle qui, renfermant le plus de vues originales, devra surtout fixer l'attention du lecteur.

Contribution a l'étude de l'entorse du genou, par A. Jagu. Thèse de Paris.

Après avoir rappelé quelques conditions étiologiques présidant à la détermination de l'entorse, l'auteur fait une longue digression dans le domaine de l'anatomie pour en fournir le mécanisme. Il expose que la plus grande fréquence d'une semblable lésion à la partie interne de l'article fémoro-tibiale doit être attribuée à la direction des fémurs et peut-être aussi à la disposition du tendon du demi-membraneux au niveau du ligament latéral interne. La symptomatologie et le diagnostic différentiel se trouvent assez sommairement exposés. L'immobilisation et l'emploi des antiphlogistiques doivent faire la base du traitement. Quinze observations recueillies dans la littérature médicale terminent ce travail.

De la fièvre de convalescence, par F. Mazel. — Thèse de Paris, 1885.

La fièvre de convalescence, décrite pour la première fois en France par M. Bernheim, existe bien réellement, et c'est surtout après la dothiénentérie qu'il est commun de l'observer. Quelle autre appellation donner, en effet, à ces grandes oscillations thermométriques qui souvent se manifestent durant un laps de temps variable après le troisième septenaire? La courbe est nette, les périodes d'ascension, d'état et de défervescence sont parfaitement marquées, la température normale a été obtenue, et voilà que la fièvre monte plusieurs soirs de suite à 38, 39 et même 40 degrés, alors que la rémission matinale est parfaite, que rien de spécial n'est à noter dans l'état général, que l'appétit renaît, que le malade reprend visiblement ses forces. Cette fièvre, qui s'observerait encore après la rougeole, la scarlatine, la variole, la pneumonie..... n'est pas l'indice d'une rechute ; elle n'a rien de commun avec le mouvement fébrile qui survient parfois à la reprise de l'alimentation, elle n'est associée à aucune lésion phlegmasique ; c'est une sorte de fièvre essentielle, comme l'appelle M. Dieulafoy, qui ne présente aucun danger, mais qui peut retarder longtemps la guérison.

Trois théories ont été surtout mises en avant pour expliquer la fièvre de convalescence : l'une, de Ringer, repose sur la résorption des produits inflammatoires ; l'autre, de M. Bernheim, est basée sur l'hypothèse de centres thermo-modérateurs réglés à une température trop élevée ou de centres thermogènes irrités par une anoxhémie relative, suivant M. Jaccoud.

Quoi qu'il en soit, la fièvre de convalescence, comparable à la fièvre de chlorose, aux thermo-névroses, reste peu justiciable des antipyrétiques en général, de la digitale et de la quinine en particulier. Elle est, en revanche, extraordinairement amendée par le bromure de potassium, qui vient ainsi à l'appui de sa nature nerveuse.

Contribution a l'étude de l'angine infectieuse simple primitive. — Manifestations ganglionnaires. — Adéno-phlegmon, par E. Milsonneau. — Thèse de Paris, 1885.

Certaines angines simples et primitives coïncidant avec des symptômes généraux graves et analogues à ceux qu'on observe dans les états infectieux sont dues à l'action nocive de micro-organismes. Absorbés par le système lymphatique après érosion de la muqueuse du pharynx ou de l'amygdale,

ils pullulent, se répandent dans le système circulatoire, apparaissent dans les urines en faisant naître une néphrite accusée par de l'albumine rétractile, comme M. Bouchard l'a constaté, engendrant l'inflammation, puis la suppuration des ganglions.

Cette infection, comparable à celle qu'on observe dans l'adéno-phlegmon puerpéral, le bubon chancreux et la piqûre anatomique, s'accompagne de symptômes généraux et locaux nécessitant l'emploi des antiseptiques.

Ch. Amat.

NOTES & INFORMATIONS

L'Association des médecins de la Seine informe le public médical que la bourse fondée par le docteur Moulin, pour l'entretien au lycée Saint-Louis du fils d'un médecin français sans fortune, se trouve actuellement vacante.

Les conditions à remplir par les candidats sont les suivantes :

1° Être fils d'un médecin français ;

2° Être en âge et en état de faire des études classiques ;

Être dépourvu de moyens d'existence.

Adresser les demandes, avec pièces justificatives, à M. le docteur Louis Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er novembre 1885.

— Congrès d'anthropologie criminelle. — Ce Congrès se tiendra à Rome du 15 au 20 novembre 1885 et aura pour objet les questions suivantes : 1° Faut-il faire entrer dans le Code les conclusions de l'Ecole d'anthropologie criminelle ; — 2° quelles catégories doit-on établir entre les délinquants et quels caractères organiques et psychiques pourront les distinguer ; — 3° rôle du médecin expert dans les procès criminels ; — 4° sur les meilleurs moyens d'obtenir la réparation des délits ; — 5° le suicide croît-il en raison de l'homicide ? — 6° des meilleurs moyens contre la récidive.

Parmi les membres de la Commission d'organisation se trouvent les noms de MM. Brouardel (de Paris) et Lacassagne (de Lyon). Une exposition d'anthropologie criminelle aura lieu pendant la durée du Congrès.

— Morgue de Paris. — Les corps transportés à la Morgue pour l'autopsie légale seront désormais accompagnés pendant le trajet, soit par le commissaire de police, soit par un agent délégué. Un membre de la famille pourra prendre place dans le coupé du fourgon, à moins d'empêchement administratif.

— Clientèle médicale a prendre. — La commune de Sainte-Sevère (Indre) demande un médecin et lui offre des avantages sérieux, tels que le logement avec écurie et remise, une pharmacie bien installée, etc. La circonscription médicale comprend de 8 à 9,000 habitants. S'adresser, pour plus amples renseignements, à M. le maire de Sainte-Sevère.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Pierre Astès, décédé à Bordeaux à l'âge de quatre-vingt-six ans ; — de M. le docteur Auguste Gérardin, médecin aide-major, qui vient de succomber au Tonkin où il était arrivé depuis quelques mois seulement ; — de M. le docteur Emile Gallot, à Auxon (Aube) ; — de M. le docteur Barthe, maire de Saint-Emilion (Gironde) ; — de M. le docteur W. Guy, professeur au King's College Hospital de Londres.

***

École de médecine d'Alger. — M. Guillemin, suppléant de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886.

***

Concours. — Par arrêtés ministériels en date du 24 septembre 1885, des concours s'ouvriront le 25 mars 1886, savoir :

1° Devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle et pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

2° Devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Par arrêté en date du 24 septembre, une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, doit s'ouvrir devant les Facultés des lettres et des sciences, le 24 octobre 1885, pour les épreuves du baccalauréat.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 7 octobre prochain pour la nomination des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est composé de MM. les docteurs Blum, Brault, Campenon, Gouguenheim, Muselier, Pozzi et Ribemont.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 8 octobre 1885 pour la nomination des externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est composé de MM. les docteurs Barié, Brocq, Brun, Comby, Prengrueber, Renault et Routier.

— Un concours pour sept places d'élèves externes en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à l'Ecole de médecine d'Alger, le lundi 9 novembre 1885, à une heure de l'après-midi. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er décembre prochain. Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital jusqu'au dimanche 8 novembre, à quatre heures du soir.

Un certain nombre de candidats pourront être appelés, à titre provisoire et par rang de mérite, à suppléer les titulaires absents.

***

Élection. — M. le docteur Dufraigne a été élu sénateur du département de Seine-et-Marne.

***

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 20 septembre, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Réteaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade d'aide-pharmacien. — M. Passérieux, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire.

— Par décret en date du 25 septembre 1885, M. Le Batard, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

194 M. Girard. Essai sur la pathogénie des hémorrhagies dans les maladies infectieuses. — 195. M. Gautrez. De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. — 196. M. Remignon. De la grenouillette congénitale par dilatation du canal de Warton imperforé. — 197. M. Barral. Contribution à l'étude du rhumatisme puerpéral. — 198. M. Delarocheaulion. De l'arthrite déformante de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et des déviations consécutives.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 21 AU SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 23. — Variole 2. — Rougeole 10. — Scarlatine 5. — Coqueluche 4. — Diphthérie, croup 20. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 28. — Phthisie pulmonaire 165. — Autres tuberculoses 25. — Autres affections générales 47. — Malformation et débilité des âges extrêmes 29. — Bronchite aiguë 7. — Pneumonie 33. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 67. — au sein et mixte 33. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 66. — de l'appareil circulatoire 55. — de l'appareil respiratoire 39. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 9. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 14. — Causes non classées 14. — Total de la semaine : 775 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Aide-mémoire d'anatomie, muscles, ligaments, vaisseaux et nerfs, par Alexis Julien, répétiteur d'anatomie. Un volume petit in-18, cartonnage souple, avec coins arrondis. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité de pathologie externe, par A. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie, et H. Bousquet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie. Trois volumes grand in-8, formant 3,114 pages, avec 716 figures dans le texte. — Prix : broché, 50 fr. ; relié en maroquin, 57 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Electricité médicale. Etudes électro-physiologiques et cliniques, par le docteur Boudet (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Premier fascicule : Considérations sur la fonction du muscle et sur les effets chimiques du courant de pile. — Grand in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. — L'ouvrage, une fois complet, formera 600 pages avec 200 figures. Il sera publié en trois fascicules. Le deuxième fascicule paraîtra à la fin de 1885 et le troisième fascicule en 1866. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur le sulfure de carbone, par le docteur Sapelier, préparateur des travaux pratiques d'histologie de la Faculté de médecine, etc. Une brochure in-8 de 130 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

ABLATION DES DEUX OVAIRES (OPÉRATION DE BATTEY) COMME TRAITEMENT DE CERTAINS MYÔMES DE L'UTÉRUS. — Hôpital de la Salpêtrière. Clinique de M. le docteur TERRILLON, professeur agrégé. — Leçon recueillie et rédigée par M. P. SEBILEAU, interne des hôpitaux.

Messieurs,

C'est une question toute nouvelle et tout à l'ordre du jour que je veux aujourd'hui poser et résoudre devant vous. Que vaut, en matière de myôme utérin, le traitement par la castration ? ou, si vous préférez, quels services faut-il attendre de l'opération de Battey, limitée au traitement de cette affection ?...

La castration de la femme, messieurs, a, pour la première fois, été pratiquée il y a longtemps ; vous en trouveriez des exemples chez les peuples les plus anciens. Mais vous y chercheriez en vain des raisons vraiment scientifiques. Il faut arriver jusqu'à la fin du XVIIIe siècle et jusqu'au XIXe pour rencontrer quelques cas d'ovariotomie normale que guidât une résolution d'ordre véritablement thérapeutique Ici, je dois vous nommer l'Aumonier (de Rouen), Esmarch et Blundell...

C'est de 1872 seulement que date, à proprement parler, l'application raisonnée et réellement scientifique de la castration de la femme. Deux chirurgiens, à une grande distance l'un de l'autre, la pratiquaient en même temps : Hégar à Fribourg ; Battey à Rome : l'un pour une névralgie rebelle de l'ovaire et l'autre pour l'accroissement périodique et menstruel des douleurs.

De là l'idée rayonna dans les différents pays, plus ou moins bien acceptée, un peu trop redoutée en quelques endroits, trop facilement reçue en d'antres.

En Amérique, elle eût un grand succès : on multiplia les indications de l'opération. Ce fut d'abord les névralgies rebelles, puis les myômes utérins ; puis enfin, ce qui semble plus étrange, l'aliénation mentale, la masturbation, l'éclampsie, l'hystérie, qu'on rendit justiciables de la castration. Il n'était guère possible d'aller plus loin.

En Angleterre, on fut, tout d'abord, plus circonspect. C'est là, dit-on, que fut pratiquée la première ovariotomie normale contre un fibrome utérin, par le chirurgien Lawson Tait ; quelques années plus tard, en devint plus enthousiaste, et Spencer Wells, Savage, Thorton et Bautock, comptent aujourd'hui nombre de cas dans leur statistique.

C'est en Allemagne qu'on limita surtout l'opération de Battey au traitement des myômes utérins. Freund, Tchling, Tauffer, Langenbeck, eu ont pratiqué beaucoup ; peut-être s'égara-t-on quelquefois quand on étendit ses indications à certains états nerveux mis à tort on à raison sur le compte de troubles dysménorrhéiques.

Pendant que la castration de la femme faisait ainsi son tour du monde, en France, on pensait, à juste titre, que les chirurgiens étrangers avaient été un peu précipitamment. On se demandait surtout à quoi pouvaient bien servir ces castrations unilatérales, qui, dussent les ovaires être coupables de tous les accidents qu'on leur attribuait, en laissaient toujours un capable à lui seul de produire autant de troubles après l'extirpation du premier.

On laissa passer la période d'engouement, et quand, ensuite, on parla d'indications plus nettes, plus précises, plus restreintes surtout, l'opération d'Hégar et Battey fut acceptée.

MM. Duplay, Péan, Terrier, la pratiquèrent tout d'abord contre des fibromes inopérables accompagnés d'accidents, et vous savez que, tout récemment, j'ai castré dans le service deux malades atteintes de myômes utérins.

Je crois que la question en est là. Vous en trouverez tous les détails dans une récente et excellente thèse d'un interne des hôpitaux, M. Tissier. J'ai hâte d'en arriver aux fibromes.

De ces fibromes, messieurs, je vous dirai peu de mots ; vous savez les symptômes dont ils s'accompagnent, la façon dont ils se comportent vis-à-vis de l'utérus. Ce sont, si vous le voulez, des parasites du tissu utérin, inclus en lui sous la muqueuse, dans son épaisseur même, ou sous le péritoine, et, dans certains cas, ne conservant cependant avec lui que des connexions minimes.

Il en est de peu graves : nombre de femmes vivent en bonne intelligence avec cet ennemi qui ne leur cause point de tracas; d'autres, au contraire, sont une source d'accidents ou de dangers perpétuels, et voici comment :

Un myôme naît-il chez une femme jeune, à vingt-cinq ou trente ans, dans l'épaisseur de l'utérus ou sous le péritoine, il peut prendre un développement rapide ; en quelques mois, il acquiert un poids de cinq, six, huit kilogrammes. Dès lors, il exerce sur tous les organes du petit bassin une compression toujours croissante ; par le rectum, il détermine une constipation habituelle ; par la vessie, des mictions continuelles ; par les uretères, des phénomènes de la plus haute gravité.

Ordinairement, ce sont les douleurs qui ouvrent la scène : elles siègent dans le ventre, les lombes, l'abdomen, et s'irradient le long de la cuisse. N'oubliez pas, messieurs, que

ces douleurs, que le repos peut atténuer, sont l'accident par excellence des myômes utérins; c'est lui qui rend les femmes du peuple désormais incapables de travailler et de gagner leur vie, et c'est souvent lui qui sera la raison déterminante de votre intervention.

Plus tard, quand les tumeurs augmentent encore de volume, elles remontent dans l'abdomen, et, comme elles y trouvent plus de place pour se développer, leur compression devient moins dangereuse; c'est cette loi générale de leur développement qui a fait dire aux cliniciens que les plus gros fibromes n'étaient pas les plus terribles.

D'autres myômes, se développent du côté de la cavité utérine et exercent des troubles de compression sans importance, mais s'accompagnent, de par leur situation, d'hémorrhagies graves; qu'elles se montrent sous forme de ménorrhagies ou de métrorrhagies intermenstruelles, elles anémient et affaiblissent les malades : voilà encore un accident fréquent.

En résumé, douleurs et pertes de sang, compression du rectum et de la vessie, tels sont les trois accidents les plus fréquents de l'évolution des myômes utérins. Est-il besoin d'ajouter qu'ils coexistent souvent?

Eh bien! messieurs, ce sont ces tumeurs à accidents qui sont justiciables du traitement chirurgical. Lequel choisir?

Pendant longtemps, alors que régnait [la crainte de léser le péritoine, on n'osa point s'attaquer à ces productions. Comment pouvait-on songer à la possibilité de leur extirpation quand l'incision était considérée comme cause fréquente de mort?

Plus tard, quand les statistiques vinrent démontrer les beaux résultats de l'ovariotomie simple, on songea aux fibromes. Pour mieux dire, on fit quelques erreurs de diagnostic : on ouvrit le ventre pour enlever le kyste de l'ovaire; on rencontra un myôme; l'utérus fut enlevé, et c'est ainsi que naquit, du hasard, l'hystérectomie abdominale.

Quelques résultats furent encourageants, beaucoup le sont encore. Mais on vit bientôt que certaines tumeurs ne pouvaient pas être enlevées, et, malgré que l'opération se réglât mieux chaque jour, il fallut bientôt choisir les cas. Il en restait d'inopérables; on avait raison de n'y point toucher.

Fallait-il donc laisser, sans agir sur eux, ceux qui n'étaient pas justiciables de l'extirpation? Et n'y avait-il pas un moyen terme entre le traitement radical et l'abstention?

Telle est l'origine de l'opération de Battey appliquée au traitement des myômes.

Ce moyen terme, c'est la castration.

Mais, d'abord, étudions quelles variétés de myômes peuvent être enlevés de la cavité abdominale.

Voici une tumeur qui a pris naissance sur le fond de l'utérus; elle s'est développée vers le bassin; il vous reste entre son point d'implantation et les culs-de-sac vaginaux une portion de tissu utérin. Cette portion, susceptible d'une section sus-vaginale, vous servira de pédicule; vous pouvez pratiquer l'*hystérectomie*.

Voici maintenant un corps fibreux qui s'est creusé, pour ainsi dire, un nid dans le tissu utérin; il l'a repoussé peu à peu et n'est plus entouré que d'une mince capsule de fibres utérines; vous pouvez l'en séparer : c'est la *décortication*, l'*énucléation*.

Mais il peut se présenter d'autres conditions et ici vous allez voir le tableau changer.

Un myôme prend naissance au niveau du col utérin; il se développe de bas en haut, irrégulièrement, modifiant la forme et les rapports de l'utérus et de sa cavité; comme il est implanté trop bas, il ne vous reste plus que le *pédicule vaginal*.

N'opérez pas; les malades succombent presque toujours; nous en avons eu récemment un triste exemple.

Ailleurs, la tumeur s'accroît latéralement; elle dédouble un des ligaments larges et se coiffe de leurs feuillets; l'opération totale ne se fait qu'au prix de désordres considérables, et laisse après elle des surfaces saignantes très étendues, grand danger contre lequel il faut se prémunir. Enfin, tel autre myôme contracte des adhérences avec les organes voisins, la vessie et le rectum surtout. Ici encore l'extirpation est impossible.

Voilà les variétés qui peuvent bénéficier de la castration.

Un mot, maintenant, de son origine et de la théorie qui a conduit à essayer d'agir sur les myômes d'une manière indirecte en enlevant les ovaires.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA PSEUDO-SCROFULE, par le docteur EDMOND CHAUMIER de Pressigny-le-Grand.

Suite. — Voir les numéros 32 et 33.

Diverses variétés de l'impétigo. — L'impétigo présente de telles variétés que, deux cas étant donnés, on pourrait croire qu'on a affaire à deux maladies distinctes, et c'est pour n'avoir pas suivi l'affection depuis la vésicule primitive jusqu'à la fin de son évolution, pour ne l'avoir pas étudiée chez plusieurs individus ayant gagné la maladie dans le même milieu, qu'on a décrit comme des affections n'ayant pas la même origine l'*impétigo vulgaris, figurata, sparsa, granulata*, l'*eczéma impétigineux*, etc.

L'affection débute toujours par le soulèvement de l'épiderme par un liquide le plus souvent transparent, quelquefois purulent, entouré presque toujours d'une auréole rouge. Si le soulèvement est petit, il s'agit d'une vésicule, et cette vésicule peut être très petite, ponctiforme, mais le soulèvement peut être plus étendu, et l'on a alors de grosses vésicules, des bulles de formes régulières ou non, qu'à première vue, on prend pour des bulles de pemphigus.

On peut, sur la même personne, observer des vésicules et des bulles; mais il y a des cas où les grandes bulles dominent, ce qui rend le diagnostic très difficile.

Les vésicules suivent la plupart du temps l'évolution que j'ai déjà décrite à propos de l'inoculation; elles se développent sur les bords par soulèvement de l'épiderme, tandis qu'une croûte apparaît au centre et grandit tous les jours. L'épiderme soulevé autour d'une croûte est généralement blanc, ce qui peut faire croire qu'il existe du pus dessous.

Plusieurs croûtes grandissant en même temps dans un espace restreint, arrivent à se toucher et à ne former qu'une croûte. C'est ainsi que l'on voit de véritables masques croûteux couvrant la face ou le cuir chevelu.

Il y aura donc une différence très grande entre la croûte isolée, qui ressemblera absolument à la croûte d'inoculation, et celle résultant de la fusion d'un certain nombre. Lorsque la croûte est isolée, on voit au bout d'un certain temps l'épi-

derme qui recouvrait l'auréole rongé sécher, se rider et tomber. En examinant la croûte en ce moment, on croirait qu'elle a subi un certain retrait, qu'elle a diminué de largeur. Les croûtes peuvent présenter toutes les nuances du jaune, depuis le jaune-pâle jusqu'au jaune-brun foncé. Lorsque, ce qui arrive assez fréquemment, les croûtes du menton ou des joues sont arrachées avec les ongles, le suintement se concrète en croûtes d'un beau jaune (*melitagra flavescens*); parfois le sang mêlé à la sécrétion donne une teinte différente. Chez beaucoup d'enfants, un suintement considérable accompagne les croûtes, soit qu'il se montre à la suite de l'arrachement, soit que la sécrétion sous-épidermique trop abondante s'échappe par des fissures.

Comme il existe chez beaucoup de petits malades une démangeaison très grande, on voit certains sujets gratter sans cesse et détacher par fragments des croûtes qui se reforment aussitôt. Si la lésion siège sur le cuir chevelu, on voit, dans ce cas, des fragments nombreux suspendus dans les cheveux (*impetigo granulata*). Les poux souvent viennent augmenter la démangeaison, créent des galeries au milieu des amas croûteux et accroissent le supplice des jeunes patients. Généralement la démangeaison est beaucoup plus grande pendant la période d'augmentation des vésicules.

Sur le cuir chevelu, quelquefois il ne se forme pas de croûtes; l'épiderme, soulevé par du liquide, se décolle; il a un aspect blanc, jaune ou verdâtre. Ce décollement, produit par la rencontre de plusieurs petits soulèvements partiels, peut envahir une très grande surface. Il peut s'échapper par des fissures un suintement considérable empesant le linge. Mais souvent aussi le liquide se résorbe et la tête se trouve couverte d'une sorte de calotte parcheminée qui va s'épaississant et qui plus tard se détachera par fragments. Cette calotte n'apparaît pas toujours d'emblée et de cette manière; souvent, il y a eu des croûtes, un suintement considérable, etc., et c'est lorsqu'on croit à la guérison prochaine qu'il se montre une hyperformation de l'épiderme, sons forme d'une crasse légère qui s'épaissit et finit par faire une couche uniforme quelquefois blanc jaunâtre et qu'on pourrait confondre avec la teigne.

Sur la même tête, on peut voir réunies des croûtes et la lésion que je viens de décrire.

Les petites vésicules, qui, en se développant, forment les croûtes, s'arrêtent quelquefois dans leur évolution, sèchent et se desquament. C'est ainsi que l'on voit, à côté des lésions dont je viens de parler, sur la face, les mains, la poitrine, etc., d'un enfant, de toutes petites élevures rouges, sèches, que les auteurs ont prises pour des vésicules d'eczéma (*eczéma impétigineux*). Ces petites élevures peuvent même exister seules (*strophulus*) et embarrasser le médecin.

Derrière les oreilles généralement il ne se forme pas de croûtes; l'application de l'oreille sur la région mastoïde fait l'effet des tissus imperméables, elle s'oppose à leur formation.

Je mentionnerai encore une lésion assez rare qui n'est qu'une variété de la forme pemphigoïde, qui coexiste souvent avec elle, et qui consiste en l'absence de liquide sous l'épiderme soulevé. Au bout de peu de jours, il se détache une pellicule sèche, et tout peut être fini; mais il peut, à la rigueur, survenir un peu de suintement et se former une croûte.

Enfin, je dois dire que, chez certains sujets, l'épiderme se détache par grandes lamelles, soit à la suite de la chute des croûtes, soit d'emblée, et que la peau devient ainsi le siège d'une desquamation intense qui peut durer plus ou moins longtemps.

La fièvre peut accompagner les diverses variétés d'impétigo.

Impétigo compliquant les plaies : écorchures, brûlures, varicelle, vaccine; plaie suturée, plaie profonde. — De même que l'érysipèle, la diphtérie, etc., la pseudo-scrofule peut pénétrer dans l'organisme par des solutions de continuité.

Dans les plaies superficielles, dès que la contagion a eu lieu, la lésion se comporte comme dans l'inoculation de l'impétigo : formation d'un décollement épidermique grandissant (vésicule) et d'une croûte. Le décollement de l'épiderme est parfois considérable : très souvent, sur les mains des paysans ou des ouvriers, on remarque, dans ce qu'ils appellent « *des pourrissures* », des bulles aussi grandes que des bulles de pemphigus ou de vésicatoires. Si l'écorchure par laquelle est entré le poison siège à un doigt, il se montre ce qu'on appelle la *tourniole*, ou *mal blanc*.

Je ne citerai que quelques observations très résumées :

1. — Tricoche. — Sur le menton, croûte d'impétigo qu'il enlève et qui reparaît. Un petit cousin présente au-dessous de la commissure labiale gauche des croûtes semblables. Le début a été une écorchure faite en tombant. Cet enfant a également une vésicule sur la joue et une sur le poignet.

2. — Barrault. — Une croûte à la joue avec soulèvements épidermiques sur les bords, par un liquide, à trois endroits. Une autre croûte est tombée d'hier; ces croûtes sont survenues à la suite de toutes petites écorchures produites par des éclats de pierre. A l'index droit, toute la phalange et une portion de la phalangette sont dépouillées d'épiderme; il y a une petite croûte au milieu. Sur le médius, croûte grandissante. Ces deux lésions sont survenues à la suite de plaies insignifiantes. Un enfant de la maison vient d'avoir la figure couverte d'impétigo.

3. — Grindelle. — Il y a deux mois, brûlure de la main droite intéressant la paume et un peu la partie supérieure des doigts. L'épiderme soulevé par la brûlure s'est enlevé; mais sur les bords, la plaie a grandi par décollement de l'épiderme voisin qui est tombé à son tour. Ensuite est venu un mal blanc au pouce et au médius gauche. Au pouce, il a débuté par une coupure; la petite plaie augmentait tous les jours. L'ongle du médius est tombé et est maintenant repoussé. Au pouce, on voit encore à côté de l'ongle que l'épiderme a été enlevé.

Il est survenu aussi des vésicules à la figure, vésicules grandissantes, qui se couvrirent de croûtes, qui existent encore. Un oncle a des furoncles et une tourniole.

4. — Marichau, 7 ans. — Cette petite fille trouve un morceau de toile vésicante et se l'applique au bras. Au bout de quelques jours, il se forme sur la plaie de petites croûtes jaunes, et il naît autour une multitude de petites vésicules. Le tout sèche assez rapidement, mais il survient bientôt des croûtes à l'entrée des narines.

Un frère a de semblables croûtes à l'entrée des narines, une petite pustule sur la cornée et une croûte à une jambe. Un autre frère a des vésicules et des croûtes grandissantes sur la face et deux petites plaies aux jambes à la suite de piqûres. Le pourtour est très rouge, l'épiderme se décolle, soulevé par du liquide; il se forme une petite croûte au milieu.

5. — Billard. — A été vaccinée, il y a huit jours. Les parents me disent que le vaccin est pris. Trois boutons ont été écorchés et laissent une surface rose superficielle; les trois autres présentent une petite croûte jaune, large comme un gros pois; autour de l'une d'elle, il y a un liseré d'épiderme sec et décollé. Ce sont

là de véritables croûtes d'impétigo; du reste, la petite fille vient d'avoir une tourniole au doigt; la mère a eu, il y a trois semaines, des croûtes sur un vésicatoire; le père, à la suite d'écorchures aux doigts, a vu les petites plaies augmenter par décollement de l'épiderme; et deux frères ont quelques croûtes jaunes à la face. Un peu plus tard, les croûtes du bras tombent sans laisser de cicatrice, mais il reste une trace rouge. Je vaccine à nouveau cette enfant; je fais six petites incisions et je mets une grande quantité de vaccin; il se développe de l'impétigo dont je suis le développement jour par jour.

Je possède encore des observations d'impétigo se développant autour de pustules de vaccin et transmettant l'impétigo aux lieu et place de la vaccine; des observations d'impétigo survenant autour de croûtes de varicelle; mais j'ai cité déjà assez d'observations.

On comprendra facilement, par les faits qui précèdent, combien est absurde la méthode thérapeutique qui ordonne des vésicatoires, des sétons ou des boucles d'oreilles pour combattre des gourmes du cuir chevelu ou des paupières; on ouvre ainsi tout simplement une porte nouvelle à l'infection.

Lorsque le poison impétigineux entre dans l'organisme par une plaie profonde, il produit de la suppuration. Les piqûres des doigts, chez les impétigineux ou chez ceux qui en approchent, produisent les panaris, dont je parlerai plus loin.

Je me contenterai de citer ici les deux observations suivantes :

1. — Le 18 mai, je fais à un homme une suture à l'aide de trois épingles pour une plaie à lambeau inférieur siégeant à la région malaire.

A la main, à la suite d'écorchures, il avait des croûtes qui présentaient sur les bords des soulèvements de l'épiderme par un liquide. Plusieurs enfants de la maison étaient atteints d'impétigo.

Au bout de quelques jours, le suintement de la plaie avait formé une croûte qui était amalgamée avec les fils et les épingles. En pressant sur la croûte, il sortait un liquide séro-purulent. Les croûtes enlevées se reproduisirent très vite. Le 30 juin, il y avait encore une petite croûte.

2. — Une jeune fille était venue me demander de faire disparaître un ganglion assez volumineux qu'elle avait au cou depuis deux ans. Comme les injections iodées n'avaient pas réussi, que la jeune fille redoutait l'incision et voulait être débarrassée de son ganglion, je lui proposai de le faire suppurer, ce qu'elle accepta.

Le dimanche 24 mai 1884, j'enfonçai dans le ganglion l'aiguille d'une seringue de Pravaz, préalablement mouillée de sérosité impétigineuse. Avant de la retirer, je lui fis faire quelques mouvements, afin de bien l'essuyer dans les tissus.

Je ne revis la jeune fille que le 15 juin; elle me raconta ce qui suit :

Le lendemain de l'inoculation, il commença à se produire de la douleur; elle eût de la difficulté à tourner le cou, du mal de tête; toute la région devint très grosse, rouge, luisante. Dans la nuit du mercredi au jeudi, la tumeur s'ouvrit spontanément; il sortit beaucoup de pus. Le lendemain matin, il n'y avait plus de grosseur. Cela a continué à sécréter. Le 15 juin, il y a encore un peu de rougeur et de gonflement: Sur l'ouverture, petite croûte jaunâtre linéaire d'un peu plus d'un centimètre de long; il sort un peu de pus en l'enlevant. Avec un stylet, on constate un décollement de la peau d'environ 1 centimètre et demi. La suppuration dure encore assez longtemps avant la guérison complète.

Cette année, la jeune fille vient me réclamer la même intervention pour un autre ganglion; mais, malgré le résultat précédent, je n'ose pas recommencer l'expérience.

Retentissement sur les ganglions. — Les diverses lésions produites par la pseudo-scrofule, aussi bien celles que nous venons d'étudier que celles que nous allons bientôt passer en revue, peuvent retentir sur des ganglions, amener des adénites suppurées ou non. Tout le monde connaît les masses ganglionnaires qui se développent au cou chez les enfants atteints de *gourmes*; tout le monde sait que des ganglions peuvent se développer dans l'aisselle et suppurer à la suite d'une plaie de la main qui *pourrit* (complications impétigineuses) ou à la suite d'un panaris.

Les furoncles peuvent également être cause d'adénites.

Les lésions de la pseudo-scrofule pouvant se montrer par tout le corps, les adénites se montreront également dans toutes les régions ganglionnaires.

Il est inutile de citer des observations.

Je revendiquerai pour la pseudo-scrofule un certain nombre — sinon tous — d'abcès du sein chez les nourrices. Lorsque les bouts de sein sont mal faits, fendillés, comme constitués par des végétations, il se forme facilement des éraillures, des portes d'entrée à la pseudo-scrofule; les gerçures se couvrent d'une petite croûte jaune, impétigineuse; l'engorgement du sein se formera ensuite, puis l'abcès. Le bébé, si ce n'est pas lui qui a infecté la nourrice, sera infecté à son tour et prendra de l'impétigo ou de simples vésicules avortées.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

VIII. DES KYSTES HYDATIQUES DE LA BASE DU CRANE, par le docteur V. ODILLE (1). — IX. CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE L'AFFECTION ÉCHINOCOQUE, par O. W. MADELUNG (2). — X. SUR L'INTERVENTION OPÉRATOIRE DANS LES CAS DE KYSTES ÉCHINOCOQUES, par VON PUCKY (3). — XI. UN CAS DE CYSTICERQUE SOUS-RÉTINIEN, par le docteur ST-CSAPODI (4). — XII. UN CAS DE CYSTICERQUE CELLULEUX CHEZ L'HOMME, par le docteur BERGKAMMER.

VIII. M. ODILLE a profité de l'occasion qui lui était fournie dans le service de M. Bucquoy, d'observer un cas de kyste hydatique de la base du crâne, pour faire de cette intéressante question de pathologie le sujet de sa thèse inaugurale.

Aux quelques observations (Abercrombie, Guesnard, Lafont, Westphall), éparpillées dans les publications de médecine et que M. Odille a relevées dans son travail, il convient d'ajouter celle de Kühn, dont nous avons donné une analyse dans la GAZETTE MÉDICALE (1884, p. 366). Voici, d'antre part, un résumé de l'observation inédite de M. Odille.

« C..., âgé de 43 ans, journalier, est sujet depuis 3 ans à une céphalée intense, continue, occupant toute la tête. Le malade n'a jamais eu ni vomissements, ni convulsions. Par moments, élancements dans le côté gauche de la face. Depuis deux ans, affaiblissement de la vue et de l'ouïe à gauche. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade s'est aperçu de

(1) Thèses de Paris, 1884, no 377.
(2) Stuttgart, 1885. Analysé in CENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE, 1885, no 37.
(3) ARCHIV FÜR KLIN. CHIRURGIE, t. XXXI, fasc. 1, 1885.
(4) SZEMÉSZET, 1885, n° 2.
(5) DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT, 1885, no 29.

l'existence d'une tumeur sur le côté gauche du cou; cette tumeur est allée en augmentant de volume. Quelques semaines plus tard, le malade a expectoré quelque chose qui ressemblait à des grains de raisins. En une seule matinée, il en a craché douze. Il en rendit encore pendant son séjour à l'hôpital, et à partir de ce moment, la nature de la tumeur ne pouvait plus faire de doute: il s'agissait bien d'une tumeur hydatique, ayant débuté par les os de la base du crâne pour se frayer un chemin jusque dans les parties molles du cou, en comprimant les nerfs crâniens du voisinage. On notait, en effet, un prolapsus presque complet de la paupière supérieure et une paralysie du droit externe et du droit inférieur à gauche; vue confuse de ce même côté. Rétraction des muscles de la face; la contracture du masseter gauche génait l'ouverture de la bouche. Anesthésie de la moitié latérale gauche de la face, des muqueuses olfactive et buccale. Pas de troubles trophiques. »

« La tumeur continua d'augmenter; elle prit un aspect phlegmoneux. On se décida à l'ouvrir. Il en sortit une petite quantité de pus et un nombre considérable de vésicules hydatiques. Cette issue de vésicules s'est répétée à des intervalles de huit jours. Puis la plaie se cicatrisa. Les paralysies motrices ont persisté depuis, mais la sensibilité sous toutes ses formes a complétement reparu du côté gauche de la face. »

Dans les conclusions placées à la fin de son travail, M. Odille fait ressortir l'extrême rareté des kystes hydatiques de la base du crâne, l'absence de symptômes autres que ceux des tumeurs de la base, sauf le cas où les vésicules hydatiques sont expulsées par les fosses nasales, après apparition de la tumeur à la surface. Enfin, l'auteur est d'avis qu'une ponction exploratrice est indiquée toutes les fois qu'une tumeur kystique se montre, soit dans la région temporale, soit dans la région mastoïdienne.

IX. Le mémoire publié par M. MADELUNG (de Rostock), comprend l'exposé des résultats d'une enquête collective faite par les médecins du duché de Mecklembourg, pour rechercher les causes de la fréquence avec laquelle on rencontre les kystes échinocoques chez les habitants de ce duché. C'est un document de grande valeur, qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui voudraient entreprendre une étude approfondie des kystes échinocoques chez l'homme, mais dont il ne nous est pas possible, faute d'espace, de donner une analyse détaillée. Nous dirons cependant que les résultats de l'enquête en question ont démontré la fréquence, plus grande dans le Mecklembourg que dans les provinces avoisinantes, des cas de kystes échinocoques (de 1850 à 1883, 182 cas dûment constatés), et qu'elle a mis en lumière un certain nombre de circonstances propres à expliquer cet état de choses: surabondance de bétail chez les populations agricoles, organisation défectueuse de l'unique abattoir de la province et des boucheries.

Le mémoire de Madelung contient 196 observations très intéressantes de kystes échinocoques chez l'homme, qui se répartissent ainsi, quant au siége occupé par la tumeur:

Kystes échinocoques logés dans les poumons.	21	cas.
— — la plèvre	2	—
— — le cœur	1	—
— — le foie	132	—
— — les reins	7	—
— — la rate	3	—
— — l'épiploon et le péritoine	3	—
Kystes échinocoques logés dans les organes génitaux chez des femmes	3	—
— — l'abdomen (sans détermination précise de siége)	7	—
— — les os	3	—
— — le tissu cellulaire sous-cutané	13	—
— — le cerveau	1	—

Cette statistique complète celles qui avaient été dressées antérieurement par Davaine en 1860 (367 cas) et par Neisser en 1877 (986 cas).

Sur ces 176 cas, il ne s'est rencontré qu'un seul échantillon de kyste multiloculaire (1).

Des 132 cas de kystes du foie, 44 ont été opérés, 22 guéris; une fois amélioration, une fois terminaison inconnue, dix-neuf fois mort. Sur les 88 cas non opérés; 39 se sont terminés par la mort. La guérison ou une amélioration est survenue neuf fois à la suite de l'ouverture spontanée du kyste à travers les téguments; dix fois à la suite de l'ouverture de la tumeur dans l'estomac ou l'intestin, deux fois à la suite de l'ouverture dans les bronches, huit fois par un mécanisme inconnu.

Des sept cas de kystes échinocoques des reins, six ont été opérés, dont trois se sont terminés par la mort.

Dans les trois cas de kystes échinocoques de la rate (dont 1 opéré), la terminaison fatale a été constante.

Enfin, sur les 13 cas de kystes échinocoques du tissu cellulaire sous-cutané, 2 ont guéri après ouverture spontanée de la tumeur au dehors; 11 ont été opérés, dont un seul s'est terminé par la mort et pour une cause autre que l'intervention chirurgicale.

Au mémoire de M. Madelung est annexée une série de travaux qui ont trait à des chapitres spéciaux de l'histoire des kystes échinocoques (diagnostic, intervention chirurgicale, kystes échinocoques des organes génitaux et du bassin chez la femme, des poumons, etc.). Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur l'une ou l'autre de ces études.

X. Après avoir exposé les principaux procédés opératoires en usage dans le traitement des kystes échinocoques du foie, l'auteur se prononce en faveur du procédé de Landau, qui a surtout pour avantage de n'exiger qu'une séance unique. Ce procédé consiste à fendre la paroi abdominale et le péritoine, à fixer le kyste aux deux commissures de la plaie par deux sutures, sur lesquelles on tire de façon à obtenir une obturation complète de l'ouverture par la tumeur. Après cela, on ponctionne avec un trocart fin et on incise la tumeur hors de l'abdomen. On ne court donc aucun risque de laisser du liquide s'écouler dans la cavité abdominale. Drainage de la plaie.

L'auteur a employé ce procédé chez un malade qui avait à la fois un kyste échinocoque dans le foie et un autre dans la cavité abdominale; seulement, il a préalablement fixé le péritoine aux téguments par des points de suture, et il n'a extirpé le kyste de l'abdomen que huit jours après l'avoir ponctionné. Incision de 12 centimètres le long de la ligne blanche, qui tomba directement sur le kyste. Après extirpation de ce dernier, après accolement des parois du kyste aux lèvres de la plaie tégumentaire, drainage de la cavité. Dans

(1) Voir *in* GAZETTE MÉDICALE, 1881, p. 642, trois observations de kystes échinocoques multiloculaires du foie.

les jours qui suivirent, mouvement fébrile (jusqu'à 39°) qu'on attribue à une suppuration du kyste du foie. Au huitième jour, extirpation de ce second kyste. On incise la paroi abdominale sur une longueur de 9 centimètres, parallèlement au rebord des fausses côtes ; l'impossibilité où on se trouve d'arriver sur le kyste par cette voie oblige à refermer cette ouverture et à en pratiquer une seconde, de 8 centimètres de long, au-dessous de l'appendice xyphoïde, de haut en bas et de gauche à droite. Après quoi, on se trouva à même de terminer l'opération suivant le procédé de Landau. Cette fois, la guérison se fit sans fièvre.

XI. Une jeune fille de 21 ans présentait une diminution de l'acuité visuelle à droite, avec rétrécissement du champ visuel en bas et en dehors. Depuis quelque temps, elle était sujette à la céphalalgie et aux bourdonnements d'oreille. A l'examen ophtalmoscopique, transparence intacte du corps vitré ; soulèvement de la moitié externe de la papille, en demi-sphère. En dedans de la papille, un saillie blanchâtre, à surface bosselée, parcourue par des vaisseaux rétiniens, du sommet de laquelle part un prolongement conjonctif qui se perd dans le corps vitré. Plus en dedans, une autre saillie, plus volumineuse, également parcourue par des vaisseaux à double contour, la ligne externe se soulevant comme un rebord de chapeau. A cette saillie, on pouvait reconnaître le scolex d'un cysticerque ; la saillie dont il a été question en premier lieu répondait évidemment au siège primitif du parasite. L'extirpation eut lieu le 28 octobre ; on enleva des détritus calcaires et des lambeaux de membranes ; écoulement d'une faible quantité d'humeur vitrée. Occlusion de la plaie par des sutures en soie. Pansement antiseptique. Le 11 novembre, au moment de quitter l'hôpital, la malade ne pouvait distinguer la lumière d'une bougie qu'à une distance de 1 mètre. Epanchement de sang dans les milieux transparents. La tension intra-oculaire était normale. On prescrit le séjour dans la chambre noire et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

M. Csapodi, qui publie cette observation, fait remarquer que si, chez cette malade, on ne réussissait point à rétablir la vision à droite, du moins sera-t-on parvenu à tuer le parasite et à conserver le globe oculaire avec sa forme normale. Ce dernier résultat est attribuable à ce qu'on a incisé dans le sens d'un méridien de l'œil, l'incision dans le sens équatorial entraînant presque toujours à sa suite une atrophie du globe oculaire.

XII. Un homme de 45 ans était, depuis treize années, sujet à des attaques quotidiennes d'épilepsie. Ces attaques avaient un quart d'heure de durée ; elles s'accompagnaient de vomissements, de perte de la connaissance, de morsure de la langue. Le 26 et le 27 avril de la présente année, la perte de connaissance se prolongea, et il fallut transporter le malade à l'hôpital, où il succomba le 30 avril. Pendant la période agonique, le pouls battait de 140 à 156. R. 40-56. La température interne s'éleva d'une façon progressive.

A l'autopsie, on trouva quatorze vésicules de cysticerques entre la pie-mère et les circonvolutions cérébrales, les unes libres, les autres adhérentes. Le noyau lenticulaire et le noyau candé à droite logeaient chacun une vésicule. On en trouva également à la surface du poumon, au-dessous de la plèvre, dans le lobe supérieur droit et dans le lobe inférieur gauche. Pas de tænia dans l'intestin, mais de nombreuses vésicules cysticerques étaient logées dans les muscles du tronc et des membres ; beaucoup d'entre elles avaient subi la dégénérescence calcaire.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les voyages en mer et les poitrinaires, par le docteur L. Thaon.

A aucune des époques de la médecine, on ne s'est préoccupé autant qu'à la nôtre de la prophylaxie et du traitement de la phtisie pulmonaire. Cette sollicitude, si légitime quand il s'agit de combattre et de restreindre les ravages d'une maladie qui est le fléau des sociétés modernes, a engendré une variété de moyens dont la valeur thérapeutique offre encore trop souvent matière à discussion. L'utilité des voyages en mer, notamment, a été très contestée, et bien qu'elle repose sur une idée assurément très rationnelle, les médecins sont loin d'être d'accord sur l'influence qu'il convient de leur reconnaître. Pour ne citer qu'un exemple, nous voyons un auteur très compétent dans la question, M. Rochard, se prononcer dans le sens de la négative et condamner d'une manière à peu près absolue les traversées maritimes qui, d'après son expérience personnelle, se seraient montrées constamment défavorables aux phtisiques. Il est vrai que d'autres médecins, principalement en Angleterre, soutiennent une thèse différente et déclarent que, dans certaines conditions, les tuberculeux peuvent retirer un bénéfice très appréciable des voyages à travers l'Océan.

De ces deux opinions, laquelle est conforme à la vérité? Elles ne sont peut-être pas incompatibles, et il est possible que l'accord se fasse entre elles, lorsque l'expérience aura prononcé et quand les indications et contre-indications qui doivent servir de base à toute méthode thérapeutique auront été déterminées. L'intéressante brochure du docteur Thaon a précisément pour but d'éclairer ce côté de la question, trop négligé peut-être par les précédents observateurs. Dans un récent voyage autour du monde, M. Thaon a pu voir les choses par lui-même ; il a constaté les tentatives faites dans certains pays pour faire passer cette méthode dans le domaine de l'application pratique et il en n rapporté la conviction bien motivée que de pareils voyages peuvent être et sont effectivement utiles à une certaine catégorie de phtisiques.

Mais un pareil but ne peut être atteint que si certaines conditions se trouvent réalisées : choix de la route à parcourir, durée du voyage, aménagement spécial du navire sur lequel se fera la traversée. M. Thaon, d'accord avec les Anglais, recommande surtout la ligne d'Angleterre en Australie, de préférence à la traversée des parages trop chauds et trop énervants de l'Egypte, de l'Inde, du Japon. La première offre l'avantage de faire passer le malade à travers des zones successivement chaudes et tempérées, où l'atmosphère maritime possède des propriétés toniques et fortifiantes. La longueur du voyage, qui atteint trois mois, constitue elle-même une circonstance favorable, car elle habitue le malade aux transitions lentes et graduelles et permet l'accoutumance des poumons aux changements de climat. Le choix du navire est loin d'être indifférent : les voiliers paraissent préférables aux bâtiments à vapeur. Ceux que l'Angleterre affrète chaque année dans ce but répondent à tous les desiderata, ils sont irréprochables comme confort et comme vitesse.

Après avoir énuméré ces avantages, M. Thaon n'a pas manqué de faire ressortir les inconvénients qui forment en quelque sorte la contre-partie du tableau. Tel l'ennui inséparable d'une longue traversée dont la monotonie n'est point rachetée par la variété des occupations forcément uniformes à bord d'un bateau; telle l'influence débilitante de la chaleur extrême dans la zone des Tropiques; telle encore la prétendue fréquence des hémoptysies; cependant, M. Thaon réduit ces objections à leur véritable valeur, et, en ce qui concerne notamment les hémoptysies, il n'a pas de peine à montrer que cet accident est en réalité tout à fait exceptionnel dans les traversées de la ligne d'Australie, alors qu'il se montre assez fréquemment chez ceux qui naviguent dans les mers de l'Inde, où la chaleur extrême constitue une prédisposition évidente aux phénomènes congestifs. Il en est de même du mal de mer, vis-à-vis duquel les poitrinaires éprouvent une sorte d'immunité qui est loin d'être partagée par les passagers bien portants. Mais, à côté de ces inconvénients secondaires, comment ne pas faire ressortir l'heureuse influence à noter à l'actif de ces voyages, et qui se traduit par le réveil de l'appétit, si nécessaire dans l'espèce et par le relèvement du système nerveux plus ou moins déprimé par le séjour des grandes villes. D'ailleurs, il est un fait qui constitue un témoignage et comme une démonstration de cette amélioration générale des phtisiques; c'est l'augmentation de leur poids qui, chez plusieurs d'entre eux, a pu atteindre et même dépasser le chiffre de 22 livres après une traversée.

En ce qui concerne les indications, il est clair qu'un pareil bénéfice ne peut s'étendre à tous les tuberculeux indistinctement, et qu'il est nécessaire d'établir des catégories dont quelques-unes doivent être frappées d'exclusion. M. Thaon a nettement abordé ce côté de la question, et il considère, par exemple, l'apparition et la persistance de la fièvre, l'existence de lésions ulcéreuses du larynx et des poumons, le développement de poussées aiguës, comme autant de contre-indications formelles.

Pour tout dire, en un mot, il semble que les voyages en mer seront utiles surtout aux malades atteints de tuberculose au début, et peut-être encore, bien qu'à un moindre degré, à ceux qui ont franchi la première période, mais chez lesquels il est permis d'espérer, par l'amélioration de l'état général, une modification également favorable des lésions locales. Les tuberculeux vraiment justiciables des voyages sur mer seront donc de préférence ceux qui présentent les attributs de la prédisposition générale, ceux qui sont sous le coup de la menace héréditaire ou simplement d'une débilitation assez profonde pour faire craindre le développement de la maladie.

Ces conclusions sont celles par lesquelles M. Thaon termine son travail, au sens clinique et à la sincérité duquel nous nous plaisons ici à rendre hommage.

D^r P. M.

INSANITY AND ALLIED NEUROSES PRACTICAL AND CLINICAL, by GEORGE H. SAVAGE, physician and superintendent of Bethlem Royal hospital. — Cassell and Company. London, Paris and New-York, 1884.

La mode est maintenant aux *Manuels*, à ces petits ouvrages qui, sous un mince volume, résument les parties les plus importantes d'une science, et la médecine mentale, en ce qui la concerne, en a vu éclore presque simultanément plusieurs, tant en France qu'à l'étranger.

De ce nombre, il faut citer particulièrement le livre de M. le docteur Savage, qui fait partie d'une collection de manuels anglais à l'usage des praticiens et des étudiants en médecine. Le livre de notre savant confrère anglais, déjà connu en France par ses travaux et par les relations confraternelles qu'il y entretient, présente toutefois ce caractère particulier qu'il est bien plutôt le résumé des opinions de l'auteur que la reproduction de toutes les idées courantes, en un mot, que c'est une œuvre bien plus personnelle qu'impersonnelle. Il y a gagné incontestablement, par ce fait, en unité, en originalité et en cohésion. Le docteur Savage n'a cependant pas négligé les travaux de ses confrères, et ainsi qu'il le dit lui-même dans sa préface, quoique la plus grande partie de son livre soit le fruit de son expérience propre, il a cependant fait appel à l'expérience des autres, notamment dans les articles relatifs à l'idiotie, à l'épilepsie et aux affections mentales chroniques, ces maladies n'étant pas traitées à l'hospice de Bethlem.

Les principales questions traitées par l'auteur dans des chapitres distincts sont: les causes de la folie, l'hystérie, la manie aiguë, l'hypochondrie et la mélancolie, la démence, les états de faiblesse d'esprit, la folie sensorielle et les hallucinations, la folie morale, la paralysie générale des aliénés, la folie paralytique, la folie puerpérale, l'épilepsie avec folie, les tumeurs cérébrales et la sclérose diffuse, la syphilis, la phtisie pulmonaire, les maladies du cœur, le diabète, l'alcoolisme, dans leurs rapports avec la folie, l'idiotie et l'imbécillité, enfin la responsabilité des aliénés et les relations de la folie avec la loi. Certains de ces chapitres, comme ceux consacrés à la paralysie générale et à folie paralytique, sont particulièrement importants et ont été l'objet de soins spéciaux de la part de l'auteur.

Quant à la classification adoptée par M. Savage, il s'est borné, pour les besoins de ses descriptions, à une espèce de nomenclature personnelle qui en précise la succession, non sans avoir, au préalable, jeté les bases d'une classification qu'il appelle idéale et qui divise les états de folie en groupes distincts suivant la période de la vie humaine à laquelle elles sont liées: folies du bas-âge, folies de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge mûr, de l'âge critique, de la vieillesse.

Comme toutes les classifications trop systématiques, la classification idéale du docteur Savage présenterait certainement dans la pratique des côtés défectueux; mais, il faut bien convenir cependant qu'il y a, en effet, quelque chose de spécial dans les diverses maladies mentales, suivant l'âge auquel elles s'observent.

Le livre du docteur Savage, d'allures fort coquettes et imprimé avec cette élégance et ce soin qu'apportent dans leurs publications nos confrères d'Outre-Manche, est, en outre, enrichi de plusieurs illustrations gravées dans le texte et représentant divers types très caractéristiques d'aliénés.

D^r E. RÉGIS.

REVUE DES THÈSES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA BALANO-POSTHITE GANGRÉNEUSE CONSÉCUTIVE AUX CHANCRES MOUS SOUS-PRÉPUTIAUX, par V. G. PETITJEAN. (Thèse de Paris, 1885.)

La balano-posthite gangréneuse, particulièrement déterminée par la présence des chancres mous sous-préputiaux, ap-

paraît d'autant plus facilement que le prépuce est plus étroit et que des fatigues de toutes sortes ou des tares constitutionnelles mettent le sujet dans des conditions de moindre résistance. L'augmentation générale du volume de la verge, la teinte feuille morte, les plaques noires et les phlyctènes de la surface externe du prépuce, sans parler de l'odeur exhalée, permettent de prévoir ou de reconnaître le processus gangréneux. Il importe d'établir le diagnostic avant l'apparition de la coloration violacée. On peut, dans ces conditions, tirer profit des injections sous-préputiales de liquides médicamenteux, sans recourir au débridement, absolument nécessaire, quand le sphacèle est imminent.

Des déviations rachitiques du thorax et de leur influence sur les maladies du cœur, par L. Hollenfeltz. (Thèse de Paris, 1885.)

Le rachitisme paraît avoir existé de toute antiquité. Malgré ce qu'en peuvent dire Hippocrate, Celse et Galien, dans leurs écrits, Whistler est le premier qui en ait fait, vers la fin du seizième siècle, une étude sérieuse. C'est, du moins, ce que nous rappelle M. Hollenfeltz, dans l'historique intéressant qui précède son travail. Le véritable but de celui-ci est de nous montrer que les déviations de la colonne vertébrale entraînent toujours des déformations thoraciques, en rétrécissant le diamètre antéro-postérieur (lordose), ou le diamètre transverse (cyphose), ou un des diamètres obliques (scoliose). Comme conséquence, surviennent des troubles pulmonaires, avec palpitations qui, modérées d'abord, sont de plus en plus fréquentes et irrégulières. Une insuffisance tricuspide se manifeste et la douleur précordiale. Ces syncopes précèdent la dyspnée extrême, la cyanose, l'anasarque, signes d'asystolie. Le traitement orthopédique ne produit de bons résultats que dans les déformations commençantes; dans le cas contraire, hygiène et agents médicamenteux choisis. Vingt-sept observations, dont sept inédites, terminent ce travail.

Ch. Amat.

Influences réciproques du cancer de l'utérus sur la grossesse et de la grossesse sur le cancer utérin, par le docteur Lance-Briand. — (Thèse de Paris, 1885.)

Thèse renfermant de nombreuses indications et documents. Le cancer exerce une influence funeste sur la grossesse : avortement, cachexie à dénoûment fatal et rapide.

La grossesse accélère la marche du cancer.

Au moment du travail, le traumatisme normal ou chirurgical aggrave l'état de la tumeur.

Examen des diverses interventions chirurgicales.

Etude sur la phtisie dans ses rapports avec l'accouchement, la grossesse, la lactation, par M. le docteur Petiau. — (Thèse de Paris, 1885.)

Thèse résumant l'état de la question.

La grossesse favorise le développement de la tuberculose; surtout vers le milieu ou dans la deuxième partie de la gestation, les accidents sont à redouter.

L'accouchement n'amène pas d'amélioration notable; la lactation affaiblit plus la phtisique que la grossesse.

Ce dernier point est fort important à ne pas oublier. Il aurait été intéressant de savoir l'influence que peut avoir le lait d'une phtisique sur le développement de son nourrisson et sa santé.

Recherches sur un point du mécanisme de l'accouchement. — Etiologie des positions rares du sommet, par M. le docteur Sabol. — (Thèse de Paris, 1885.)

Parmi les positions rares, la plus fréquente est l'O. I. D. A.; ensuite, par ordre de fréquence, l'O. I. G. P., l'O. I. G. T. et l'O. I. D. T.

Les positions rares sont plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares.

Elles sont favorisées par des causes qui rétrécissent le diamètre oblique gauche du bassin : défaut ou difficulté d'accommodation; déviation de l'utérus.

Essai sur quelques accidents de la première dentition, par M. le docteur Abadie.

C'est du côté des voies digestives, du système nerveux, de l'œil, de la peau, des voies respiratoires, que l'on observe les troubles plus ou moins graves qui accompagnent la première dentition.

L'incision des gencives est inutile et peu efficace. Quelques propositions émises par l'auteur au sujet de la diarrhée, de la constipation, de l'emploi du laudanum, ne sont pas à l'abri des critiques.

De quelques accidents utérins chez les rhumatisantes, par le docteur P. Méry. (Thèse de Paris, 1885.)

La métrite observée pendant le cours du rhumatisme est due à l'arthritisme; elle se complique assez souvent de pelvipéritonite, conséquence d'une adéno-lymphite péri-utérine.

Des observations sont fournies par l'auteur.

Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation, sur la vitalité du fœtus et la marche de la grossesse, par Edouard Doré. (Thèse de Paris, 1885.)

Des nombreuses expériences entreprises par l'auteur, il conclut que :

1° Une température de 41°,5 à 42°, obtenue dans un milieu chauffé à 32° seulement, ne détermine, chez les animaux en expérience aucun phénomène morbide grave et n'entraîne pas la mort du fœtus.

2° Une température de 43°, obtenue par un surchauffage lent et progressif, puis maintenue pendant très peu de temps, de façon à ce qu'elle ne puisse pas s'élever davantage, n'entraîne pas non plus de résultats fâcheux.

3° Les températures élevées, obtenues par un surchauffage brusque et prolongé (50°), sont rapidement mortelles et tuent la mère et le fœtus.

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par le docteur Félix Debacker. (Masson, 1885.)

L'auteur présente un résumé des connaissances acquises au point de vue de l'antiseptie obstétricale.

Il est malheureusement très incomplet et ne fournit pas, dans ce qu'il décrit, certains détails qui ont leur importance. Ce n'est pas seulement dans les centres populeux, mais partout, que les précautions antiseptiques sont nécessaires.

L'auteur paraît n'avoir pas eu connaissance de l'ouvrage de H. Fritsch, sur la *Pathologie et traitement des affections puerpérales*. Il aurait pu y puiser de précieux conseils.

Marius Rey.

FORMULAIRE

SOLUTION POUR APPLICATIONS TOPIQUES CHEZ LES GOUTTEUX.
(ROTHE.)

Rec. Liqueur d'acétate de plomb.	15	parties.
Alcool de vin.	25	—
Teinture d'opium safrané.	5	—
Eau de fontaine	800	—

M. — Pour l'usage externe.

M. Rothe a pu se convaincre sur lui-même et sur d'autres malades, de l'efficacité et de l'innocuité des lotions faites avec cette mixture sur la jointure douloureuse, lors d'une attaque de goutte aiguë, franche. Il commence par faire faire des douches froides sur la jointure, qui est ensuite recouverte d'une compresse imbibée de la solution, le tout enveloppé d'une feuille de gutta-percha.

E. R.

VARIÉTÉS

L'INTELLIGENCE DES ANIMAUX ET LE LAPIN DE M. LABORDE.

Quel lapin! D'abord vulgaire animal venu de chez le fournisseur habituel du laboratoire, le milieu scientifique dans lequel il sera appelé à vivre désormais développera son intelligence au point de lui mériter nom d'homme, et on l'appellera *Bertrand*. Cette transformation s'est établie à la suite d'une section du tronc du nerf facial. « Les suites de l'opération, dit M. Laborde, se compliquèrent d'un volumineux abcès, qui nécessita des soins journaliers « de propreté, auxquels l'animal se prêtait avec une complaisance « et une sorte de résignation qui commencèrent à attirer l'attention de mon garçon de laboratoire, très dévoué aux animaux, et « la mienne. Bertrand venait s'offrir de lui-même, si on l'oubliait, « pour être pansé. Brave garçon que celui du laboratoire, et doué « d'un grand esprit d'observation! Le lapin avait donc la moitié « de la face paralysée avec chute presque complète de l'oreille de « ce côté, tandis que l'autre oreille conservait ses mouvements et « son attitude. Cette disposition de la coiffure, jointe à la paralysie et à l'atrophie consécutive des muscles de la joue, et en « même temps à la prédominance d'action des muscles antagonistes du côté opposé qui faisaient grimacer la face, donnait à la « physionomie de notre lapin un aspect des plus comiques; il était « vraiment impossible de le regarder sans rire, surtout quand il « nous fixait *lui-même* de son air sérieux et comme scrutateur. »

Ouvrons une parenthèse: on sait, depuis Ovide, que si l'homme a eu de très bonne heure l'idée de l'infini, c'est grâce à sa station droite, verticale, tandis que les animaux, ne se tenant debout qu'exceptionnellement, s'occupent seulement des choses terrestres.

Or lapin Bertrand, ayant un côté de la face atrophié et l'autre hypertrophié, a dû naturellement regarder d'ordinaire vers le ciel, vers l'espace, de sorte que l'idée de l'infini lui est venue aussi. Naturellement encore, ramenant ses yeux vers les choses de ce monde, il acquit tout de suite l'idée du fini et devint curieux, scrutateur: « Il m'affectionnait, dit M. Laborde, et me recherchait « particulièrement, et si je tardais un peu dans ma venue journalière au laboratoire, il m'attendait sur l'escalier à l'heure habituelle, venait même au devant de moi, me donnant à sa manière « toutes les marques d'une satisfaction et d'une joie évidentes. « Puis il ne me quittait plus, montrant combien il se plaisait en « ma compagnie; il grimpait sur mes genoux, aimant à se faire « caresser, et assistait, comme s'il eût voulu y prendre part, et, « en tous cas, *ayant l'air de s'y intéresser*, à mes travaux d'expérimentation. L'expression et l'attitude de la curiosité se peignaient alors dans ses allures. Il restait des heures entières sur « la table d'expérience où était attaché le sujet, chien ou lapin, « comme en observation avec nous. »

Cependant, l'idée de l'infiniment grand a dû conduire notre lapin à l'idée d'un infiniment petit, à l'idée de l'infini microscopique; effectivement, « ce qui a toujours paru l'intéresser ou l'intriguer « le plus, c'est l'*examen microscopique*. A peine étais-je installé « au microscope, que Bertrand s'empressait de monter sur la « table ou sur mes épaules, et de se placer *exactement* dans la situation qu'il me voyait prendre, collant son œil à la lunette microscopique. J'ai souvent fait assister les personnes présentes à « ce spectacle, le plus étrange de cette sorte qui puisse être vu: « — C'était assurément de la pure imitation. — (Pourquoi ici *assurément?* Pourquoi ce lapin si scrutateur pour les grandes choses « n'aurait-il pas voulu voir aussi les petites, le talent de l'imitation « n'appartenant pas à son espèce?), — et il est fort à croire que « Bertrand restait aveugle devant la préparation microscopique; « mais, de la part d'un lapin, la chose est tout au moins curieuse « quand on songe surtout que bien des gens, voire des médecins, « ne voient pas plus clair à travers la même lunette, et qu'il en « est qui ne s'y placeraient pas mieux que Bertrand. » Quel lapin que ce Bertrand!

Cependant, une ombre se projette sur ce joli tableau, et un vulgaire médecin, étranger aux fines investigations microscopiques, mais pénétré du doute philosophique de la méthode expérimentale, se serait peut-être demandé si, à son insu, lapin Bertrand n'aurait pas été dressé à des mouvements de bête savante par quelqu'un de l'entourage. Ce lapin ne restait pas toujours au laboratoire, il allait « se promener dans les cours et jusque sur le bord de la rue de l'École-de-Médecine », et, au musée Dupuytren, le concierge « offrait presque toujours à ses visiteurs Bertrand « comme dernier régal autant dans l'intention de montrer un phénomène que d'arrondir très probablement son pourboire. »

Bertrand aura sans doute été dressé en bête savante tout comme le chien Munito, de célèbre mémoire, au sujet duquel le savant anatomiste Leuret s'est aussi laissé prendre. J'ai raconté ailleurs cette autre histoire (1).

Dr A. NETTER,
Bibliothécaire universitaire à Nancy.

NOTES & INFORMATIONS

L'Association des médecins de la Seine informe le public médical qu'une bourse fondée par le docteur Moulin, pour l'entretien au lycée Saint-Louie du fils d'un médecin français sans fortune, se trouve actuellement vacante.

Les conditions à remplir par les candidats sont les suivantes:

1° Être fils d'un médecin français;

2° Être en âge et en état de faire des études classiques;

Être dépourvu de moyens d'existence.

Adresser les demandes, avec pièces justificatives, à M. le docteur Louis Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er novembre 1885.

— NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE, journal mensuel

(1) *L'Homme et l'animal devant la méthode expérimentale*, Paris, Dentu, 1883.

des maladies médico-chirurgicales des femmes, fondé et publié par le docteur D. Ménière (d'Angers), professeur libre de gynécologie. — O. Doin, éditeur.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons à l'instant la mort du professeur Charles Robin, qui vient de succomber à une attaque d'apoplexie foudroyante. Cette perte inattendue et prématurée vient frapper au cœur le monde savant. Les travaux considérables de l'éminent professeur méritent à coup sûr une notice spéciale que nous lui consacrerons dans notre prochain numéro. Nous devons nous borner aujourd'hui à rappeler brièvement les incidents de sa vie professionnelle.

Charles-Philippe Robin est né à Jasseron (Ain) le 4 juin 1821. Il étudia la médecine à Paris et fut reçu interne des hôpitaux au concours de 1843. Lauréat de l'École pratique en 1844, il s'occupa tout d'abord d'histoire naturelle, en collaboration avec Lebert dont il fut l'ami fidèle, et incité par ce dernier, l'anatomie pathologique générale devint bientôt l'objet de ses préoccupations constantes. Docteur en médecine en 1846, docteur ès sciences naturelles en 1847, professeur agrégé la même année, professeur titulaire d'histologie, chaire nouvelle créée en 1862, membre de l'Académie de médecine en 1858, membre de l'Institut en 1866, Charles Robin a conquis haut et ferme ses diverses positions officielles grâce à son travail opiniâtre et à ses nombreuses découvertes. Placé à la tête de l'histologie en France, il a formé de nombreux élèves qui n'ont jamais frappé en vain à la porte de son laboratoire. Les étudiants qui lui ont reproché parfois sa sévérité n'ont jamais eu à se plaindre de sa justice. Il aimait sincèrement la science et la vérité, et esprit libéral en toutes choses, il ne vécut jamais de compromis. Formé à l'école de Littré, dont il fut le collaborateur et l'ami, sa perte sera douloureusement ressentie. Le professeur Robin meurt à peine âgé de 64 ans; tous ceux qu'il a obligés soit comme professeur, soit comme savant, et ils sont nombreux, tous ceux qui l'ont connu dans l'intimité, ne peuvent croire encore à une mort aussi soudaine. Leur affection est sincère et réelle!

Charles Robin était sénateur pour le département de l'Ain; ses obsèques auront lieu, nous assure-t-on, dans son pays et non à Paris.

D^r A. DUREAU.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lucien Papillaud, de Saujon (Charente-Inférieure), l'un des plus anciens collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE. Très versé dans la littérature espagnole, portugaise et brésilienne, il entretenait nos lecteurs, depuis plus de vingt ans, sous le nom de Henri Almès, des principaux travaux scientifiques qui voyaient le jour par-delà les Pyrénées ou dans l'Amérique méridionale. Joignant la pratique aux œuvres d'érudition, il était clinicien consommé, et les Bulletins des nombreuses Sociétés de médecine dont il était membre associé ou correspondant, contiennent de lui des communications d'un grand intérêt. Pour peu que nos lecteurs s'arrêtent à feuilleter la collection de la GAZETTE MÉDICALE, ils trouveront aussi dans les colonnes de ce journal maint travail original de notre confrère témoignant de son talent et de son sens clinique. M. Papillaud peut-être offert comme modèle aux médecins des petites villes qui s'abritent trop souvent derrière les exigences et les fatigues de la médecine rurale, pour s'excuser de ne pas suivre le mouvement scientifique et de ne pas y participer en recueillant les observations intéressantes qu'ils peuvent rencontrer.

M. Papillaud était très aimé dans la contrée où il exerçait depuis nombre d'années la médecine. Il lui eût été difficile d'établir le bilan des services qu'il avait rendus pendant sa longue carrière. Père d'une nombreuse famille, il menait une vie véritablement patriarcale, aimé et vénéré de tous ceux qui l'entouraient. C'était un ami sûr, dévoué, toujours prêt à s'oublier pour les autres. C'était, dans toute l'acception du mot, un homme de bien.

Puisse ce témoignage public, que nous rendons à sa mémoire, adoucir un peu la douleur des siens et donner à son fils, qui débute dans la carrière médicale, le courage nécessaire pour engager et soutenir la lutte: il n'aura qu'à suivre l'exemple qui lui est laissé.

F. DE R.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. le docteur Gaëtan Delaunay, décédé à Paris à l'âge de trente-huit ans; — de M. le docteur Tayon, professeur de zoologie et de zootechnie à l'École nationale de Montpellier, décédé à l'âge de trente-deux ans.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le registre des inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1885-1886 sera ouvert le jeudi 15 octobre 1885. Il sera clos le samedi 21 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1o Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30 octobre, et les mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 novembre.

La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'ordre auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumis au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 novembre 1885.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de l'année scolaire 1884-1885. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 12 octobre, les lundis et les mardis de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versements ne seront délivrés que le lundi 12 et le mardi 13 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet dernier. Les consignations pour examen de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen de la Faculté, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les docteurs

français; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Les cartes d'étudiant en médecine, pour l'année scolaire 1885-1886, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont désignés pour professer pendant l'année scolaire 1885-86, MM. les agrégés et chargés de cours :

Cliniques. — MM. Bohmer : Clinique ophthalmologique ; Demange : Clinique des maladies des vieillards ; Spillmann : Clinique des maladies syphilitiques ; A. Herrgott : Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses ; Langlois : Clinique des maladies mentales.

Semestre d'hiver (cours). — MM. Bagnéris : Cours complémentaire de physique médicale ; Garnier : Chimie minérale et chimie organique ; Macé : Histoire naturelle médicale ; A. Herrgott : Accouchements.

Exercices pratiques. — MM. Garnier : Manipulations chimiques ; Macé : Histoire naturelle et hotanique ; Baraban : Histologie ; Rohmer : Bandages et appareils ; Spillmann : Méthodes d'exploration médicale ; Schmitt : Conférences pratiques sur les maladies des enfants.

Semestre d'été (cours). — MM. Bagnéris : Physique médicale (cours complémentaires) ; Garnier : Chimie analytique et toxicologie ; Macé : Botanique ; Béchet : Pathologie externe ; Demange : Pathologie générale.

Exercices pratiques. — MM. Garnier : Conférences analytiques de chimie biologique et manipulation ; Macé : Botanique ; Baraban : Histologie normale ; Spillmann : Méthodes d'exploration médicale ; Herrgott : Médecine opératoire obstétricale ; Schmitt : Conférences sur les maladies des enfants ; Bohmer : Bandages et appareils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — *Tableau des prix et mentions décernés en fin d'année.*

Première année de médecine. — Prix : M. Baude (Emile-Henri-Jean-Louis).

Deuxième année de médecine. — Prix : M. Bertaux (Théodore-Augustin). — Mention honorable : M. Choteau (Paul-Alphonse-Hugues).

Troisième année de médecine. — Prix : M. Swinghedauw (Albert-Louis).

Quatrième année de médecine. — Prix : M. Surmont (Hippolyte-Octave-Justin-Augustin). — Mention honorable : M. Dumont (Georges-Henri-Marie).

Première année de pharmacie. — Prix : M. Baelen (Jérémie-Louis-Joseph).

Deuxième année de pharmacie. — Prix : M. Bevière (Alfred-Désiré-Louis). — Mention honorable : M. Flament (Ernest-Jean-Baptiste).

Troisième année de pharmacie. — Prix : M. Berquet (Alfred-Paul-Louis). — Première mention honorable : M. Mayeur (Benjamin-Philippe-Joseph). — Deuxième mention honorable : M. Verlytte (Ange-Augustin-Jérémie).

CONCOURS. — Un concours pour la nomination à deux places de médecin-adjoint et deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Toulouse, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le lundi 17 novembre 1885, à midi, pour entrer en fonctions le 1er janvier prochain.

Le registre d'inscription, ouvert dès ce jour, sera clos le samedi 31 octobre 1885 au soir.

* *

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 27 septembre 1885, les élèves stagiaires du Val-de-Grâce qui ont satisfait à l'examen de sortie de cette École ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Bernard, Ferrier, Loison, Ramey, Lebon, Odile, Vallois, Pech, Pausat, Fradet, Trédos, Jannot, Tricot, Castel, Pouillaude, de Casanbon, Letellier, de Vésian, Farganel, Piussant, Krans, Baradat, Colombel, Brault, Eymery, Royer, Nahona, Duco, Jacquin, François, Goudal, Simon, Auger, Vaisse, Pruvost, Estor, Bosc, Sagrandi, Boyé, Marin, Bourdin, Quéhéry, Saintin, Lejour, Marignac, Drély.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Gaillard, Cornutrait, Cazar, Labache, Bonnafous.

— Par décret en date du 28 septembre 1885, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Audié, Guinard, Launois, Pennel, Giraud, Weill, Changarnier, Rabion, Fabre, Fournel, Jean, Haut, André, Martin, Petiau, Chagnoleau, Forgeot, Colombe, Debrand, Boulanger, Rousset, Branchu, Trachet, Gourichon, Rémignon, Guy, Bonrthoumieu.

— Par décret en date du 30 septembre, M. Le Ménicier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 30 septembre 1885, ont été désignés pour le corps du Tonkin :

M. le médecin principal de deuxième classe, Morisson ;

MM. les médecins-majors de première classe, Mathias, Demmier, Moty ;

MM. les médecins aide-majors de première classe, Gaillard, Véron, Boucher, Bernard ;

M. le pharmacien aide-major de première classe, Massie ;

M. le pharmacien aide-major de deuxième classe, Puaux.

— Par décision ministérielle du 30 septembre 1885, ont été désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Albert, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Limoges ;

M. le médecin principal de deuxième classe Schaumont, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Bayonne.

MM. les médecins aides-majors de première classe Uffoltz, pour les ambulances du corps du Tonkin ; Mesnier, pour le 2e spahis, au Tonkin.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Plusieurs emplois de médecin auxiliaire de deuxième classe et d'aide-médecin auxiliaire sont actuellement vacants dans le service de santé de la marine, aux colonies.

Les emplois de médecin auxiliaire de deuxième classe peuvent être attribués, sans concours, à des candidats munis du diplôme de docteur en médecine ; les étudiants en médecine possédant au moins huit inscriptions pour le doctorat peuvent être pourvus d'une commission d'aide-médecin auxiliaire, mais seulement après avoir satisfait aux épreuves indiquées ci-après :

Premier examen (verbal). Première partie : anatomie descriptive (myologie, angéiologie, névrologie, splanchnologie) ; deuxième partie : préparation d'une pièce d'anatomie.

Deuxième examen (verbal) : éléments de pathologie interne, séméiotique.

Troisième examen (verbal) : chirurgie élémentaire (théorie et pratique).

Quatrième examen (écrit) : matière médicale, pharmacologie.

Ces épreuves sont subies, au choix des candidats, à Brest, Rochefort ou Toulon. Les candidats ne devront pas avoir dépassé 31 ans. Leur demande devra être adressée au ministère de la marine, accompagnée de la copie de leur acte de naissance, d'un certificat de bonne vie et mœurs, et d'un autre certificat faisant connaître leur situation au point de vue militaire.

Après une année de services, et sur la proposition de leurs chefs

hiérarchiques, les médecins auxiliaires docteurs en médecine peuvent être nommés, sans concours, au grade de médecins entretenus de deuxième classe de la marine.

Les aides-médecins auxiliaires, après trois années de services, peuvent concourir pour ce grade, bien que n'étant pas pourvus du diplôme de docteur en médecine.

La solde coloniale annuelle est de 4,547 fr. pour les médecins auxiliaires de deuxième classe, et de 3,069 fr. pour les aide-médecins auxiliaires.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 28 AU SAMEDI 3 OCTOBRE 1885.

Fièvre typhoïde 29. — Variole 2. — Rougeole 15. — Scarlatine 2. — Coqueluche 5. — Dipthérie, croup 22. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5 — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 30. — Phthisie pulmonaire 202. — Autres tuberculoses 30. — Autres affections générales 69 — Malformation et débilité des âges extrêmes 51. — Bronchite aiguë 13. — Pneumonie 28. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 67. — au sein et mixte 33. — Inconnu 5. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 58. — de l'appareil circulatoire 46. — de l'appareil respiratoire 59. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 15. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 8 — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 882 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophthalmologie, publiés par MM. Abadie, Armaignac, Chibret, Coppez, Gayet, Meyer, Panas et Poncet. Troisième année, 1885. Un beau vol. grand in-8 de 380 pages, avec figures et 8 planches en chromo et en héliogravure hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Transport par chemins de fer des blessés et des malades militaires, par le docteur Paul Redard, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin en chef des chemins de fer de l'Etat, etc., etc. Un vol. in-8 avec 36 planches hors texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Système vasculaire. — Circulations locales (procédés d'injection des veines du cœur vers les extrémités), par le docteur Bourceret, ancien interne des hôpitaux de Paris. Première partie : LA MAIN. Un vol. grand in-8 cartonné, avec 4 planches en chromo hors texte. — Prix : 5 fr. — Cette première partie a été couronnée par l'Académie des sciences (prix Montyon). — Paris, librairie Oct. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique et zoologie), par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, entièrement remaniée et augmentée de près de 400 figures. Deux forts volumes in-18 jésus, formant 2,300 pages, avec 2,037 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 42 17 OCTOBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MÉDECINE CLINIQUE

BRONCHITES CHRONIQUES.

Extrait du tome III des MALADIES PULMONAIRES (maladies simples du poumon), par le professeur GERMAIN SÉE.

États anatomiques des broncho-catarrhes chroniques. — Au point de vue anatomique, le broncho-catarrhe chronique se caractérise par une hyperémie dans les bronches, qui est presque toujours d'origine veineuse ; il n'y a rien là de la congestion active. Le tissu de la muqueuse tout entière est épaissi, et sa surface est comme boursouflée. Mais les cas très anciens finissent, au contraire, par une véritable atrophie de toutes les couches de la muqueuse. Quand les parois sont ainsi frappées d'inertie, surtout quand la membrane élastique se perd, il en résulte des bronchectasies.

I. *Des différentes formes de bronchites chroniques.* — *Catarrhes humides.* — Les diverses formes que revêt la bronchite chronique pendant la vie dépendent exclusivement du genre de sécrétion muqueuse ; la constitution et la consistance de l'exsudat entraînent toutes les variétés de phénomènes, et déterminent, pour ainsi dire, toute la séméiologie. C'est pourquoi on doit établir deux grandes divisions : les catarrhes humides que Laënnec décrit sous le nom de pituiteux et muqueux ; d'une autre part, les catarrhes secs, qui se rapprochent singulièrement de l'asthme catarrhal.

Sécrétion et expectoration dans les catarrhes humides. — Le catarrhe *pituiteux*, qui se manifeste chez les vieillards et chez les goutteux, s'établit rarement d'une manière primordiale ; le plus souvent, il succède à une série de catarrhes aigus, secs ou muqueux. Il se traduit, une fois qu'il est développé, par une expectoration incolore, transparente, filante, spumeuse, analogue à celle qui caractérise le début des rhumes et se manifeste avec abondance, principalement le matin et le soir, de manière à constituer une véritable blennorrhée. Le catarrhe *muqueux* s'annonce par une expectoration opaque, consistante, peu visqueuse, comme puriforme, variable en quantité, mais toujours plus considérable que dans le catarrhe aigu, et pouvant s'élever à un litre par jour ; les crachats se séparent en deux couches : l'une supérieure séro-muqueuse ; l'autre purulente, plus lourde, se dépose au fond du vase.

Signes physiques. — *Râles.* — Le catarrhe pituiteux produit toujours un mélange de râles sonores, graves ou sibilants, et de râles muqueux à bulles peu consistantes.

Dans le catarrhe muqueux, le stéthoscope indique toujours des râles muqueux, quelquefois assez forts et abondants, mais très rarement continus et généraux.

Signes fonctionnels. — *Toux.* — La toux accompagne tous les catarrhes humides ; peu marquée au début de la blennorrhée, elle finit par se transformer en quintes longues, pé-

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. « The Practice of medicine » among the Burmese, translated from Original Manuscripts with an Historical sketch of the progress of Medicine from the earliest Times, by Kerit Norman Macdonald, in-12, IV-268 p. Edimbourg, 1879. — II. « Papyrus Ebers », the Earliest medical Work Extant, by H. Carrington Bolton, in-12, 11 p. New-York, 1884. — III. Catalog der berühmten Sammlung von Portraits von Aerzten naturforschern auch Charlatans, etc., in-8, VI-176 p. Francfort-sur-le-Mein.

J'ai des excuses à faire à un certain nombre de confrères obligeants de l'étranger, qui ont bien voulu m'envoyer des livres, mémoires et opuscules concernant l'histoire de la médecine, persuadés, d'une part, que je les lirais avec intérêt, et d'autre part, que je leur communiquerais mes impressions. Je suis de ceux qui éprouvent une vive jouissance à collectionner quoi que ce soit de scientifique, mais quand la collection est relative à un objet qui a fait, toute notre vie, l'objet de nos préoccupations et de nos études, la jouissance est double.

J'avouerai donc que j'ai reçu, depuis deux ou trois ans, une cinquantaine d'ouvrages, mémoires, articles de journaux, que j'ai lus avec grand soin, et si le temps m'a manqué jusqu'ici, pour mettre en ordre mes notes de lecture, je puis le faire dès aujourd'hui, promettant de m'acquitter, à bref délai, envers mes correspondants, de la dette de courtoisie que j'ai contractée envers eux.

En Europe, il faut bien le reconnaître, les maîtres autorisés de l'histoire de la médecine disparaissent peu à peu. Notre savant ami, le professeur Haeser, de Breslau, vient de mourir ; M. Greenhill, d'Oxford, n'écrit guère, et toujours sur la brèche des travaux historiques, je ne vois plus que l'infatigable professeur Corradi, de Pavie, et le persévérant M. Rohlfs, de Gottingue, qui continue avec régularité la publication de son intéressant recueil, l'ARCHIV FÜR GESCHICHTE DER MEDICIN. En France, de nos doyens, je ne vois plus que mon excellent collègue, M. Briau, si compétent pour tout ce qui touche l'histoire médicale grecque et romaine, et dont la REVUE ARCHÉOLOGIQUE publie, en ce moment, le dernier travail terminé sur la profession médicale dans l'Antiquité. Nous

nibles et rapprochées ; elle est constante, quoique plus facile dans le catarrhe muco-purulent ; si le catarrhe repasse à l'état aigu, ou si la bronchite s'exaspère, les quintes de toux deviennent plus douloureuses et beaucoup moins efficaces pour l'expectoration. A aucun moment, quel que soit le degré de fluidité ou de consistance des crachats, la toux ne cesse entièrement ; elle se renouvelle surtout à l'occasion de l'exercice de la voix ou de la parole, ou bien encore pendant la marche dans la direction du vent, ou bien enfin par les moindres efforts musculaires.

Type respiratoire. — *Dyspnée.* — Beaucoup de catarrheux, particulièrement ceux qui sont atteints de *blennorrhée bronchique*, n'éprouvent rien que de la toux ; le malade, malgré un certain degré d'amaigrissement, qui résulte des incessantes déperditions, respire facilement et conserve même assez de forces pour se livrer aux occupations physiques.

Emphysème. — Cet état persiste souvent un grand nombre d'années, mais à mesure que la vieillesse avance, c'est-à-dire quand le malade n'a plus le pouvoir d'expectorer, quand d'une autre part les stases veineuses dans la muqueuse se multiplient ou s'aggravent, dès lors les quintes deviennent plus longues, plus rapprochées ; en même temps la dyspnée se prononce et finit par devenir habituelle. C'est alors seulement que les efforts de respiration et de toux peuvent frapper le tissu élastique des poumons, et déterminer l'emphysème permanent qui aggrave singulièrement la situation.

Le *catarrheux* avec bronchite muco-purulente n'éprouve pas davantage la gêne respiratoire, du moins au repos ; mais le moindre exercice musculaire suffit, dès le début de la maladie, pour produire l'essoufflement. Il est même à remarquer que la respiration perçue à l'auscultation peut devenir puérile dans presque toute l'étendue du poumon, c'est-à-dire que le murmure respiratoire paraît exagéré, et que cependant le malade éprouve une dyspnée constante, qui parfois devient extrême, même dans l'état d'immobilité, et constitue alors l'asthme humide des anciens médecins.

I *bis*. DIAGNOSTIC DES CATARRHES HUMIDES ET DE L'ASTHME BRONCHIQUE. — Quand les catarrhes humides sont parvenus à cet état de dyspnée permanente, il n'y a plus d'autre moyen de les distinguer d'avec l'asthme catarrhal qu'en interrogeant l'histoire du malade et la filiation des accidents respiratoires. Si la dyspnée a procédé d'abord par accès, si elle a précédé longtemps l'expectoration puriforme ou blennorrheique, si les râles muqueux ne prédominent pas au point de faire disparaître la sibilance, nul doute qu'il ne s'agisse d'un asthme à forme catarrhale et à type continu.

Si, au contraire, l'oppression a succédé au bout d'un certain temps à la toux catarrhale et à l'expectoration pituiteuse ou purulente, c'est que la dyspnée est d'ordre mécanique ; elle ne présente plus rien du caractère nerveux de l'asthme. Elle ne s'aggrave pas par les excitations du nerf vague ou du trijumeau ; si elle augmente par moments ou par périodes, elle n'en reste pas moins sous la dépendance d'un obstacle physique siégeant dans les bronches. Elle croît ou décroît avec cet obstacle qui est constitué par un excès de sécrétion, ou bien par un excès de consistance, c'est-à-dire par l'exsudat qui ne permet plus l'entrée facile de l'air dans les voies respiratoires ; c'est donc une oppression mécanique, continue, exacerbante, et non un asthme pneumobulbaire.

Une autre différence sépare les blenno-catarrhes et l'asthme : c'est l'emphysème. Il se manifeste dès le premier accès d'asthme sous la forme de pneumatose, qui disparaît avec l'accès et ne reste permanent que si l'asthme lui-même a pris le caractère de la continuité. Les broncho-catarrhes ne donnent lieu à l'emphysème qu'à une période avancée de la maladie ; jamais il n'existe au début. Mais quand il se manifeste, il persiste, et son intensité est en raison directe de la dyspnée mécanique, laquelle est toujours tardive. Ainsi l'emphysème initial appartient à l'asthme, l'emphysème terminal aux catarrhes chroniques et invétérés.

II. DU CATARRHE SEC DES MOYENNES BRONCHES. — DIAGNOSTIC D'AVEC L'ASTHME NERVEUX. — Le catarrhe sec, qui constitue une affection très commune chez les goutteux, chez les individus débilités et les dartreux, doit être distingué en deux espèces : le catarrhe bronchique des bronches moyennes et le catarrhe bronchiolique.

Signes physiques et fonctionnels du catarrhe moyen. — a. *Expectoration.* — C'est tout d'abord la sécrétion d'une matière très visqueuse, de la consistance de l'empois, disposée en globules de la grosseur d'un grain de chènevis, globules demi-transparents, non mêlés d'air ; c'est ce qu'on appelle

---

aurons l'occasion d'en parler ici, sans préjudice de la suite, que nous attendrons avec impatience.

Le goût des études historiques ne disparaît pas cependant, et, à défaut d'historiens généraux, nous comptons bon nombre de travailleurs que nous devons encourager et aider de tout notre pouvoir.

I. M. Macdonald, qui a résidé à Prome, en Birmanie, comme chef du service médical de cette station anglaise, a eu la bonne fortune de compulser des papyrus précieux, sans date, mais fort anciens, que l'on se transmet dans les familles de médecins de père en fils. Toute la médecine doctrinale actuelle de la Birmanie se trouve là, médecine très simple, ainsi que nos lecteurs peuvent en juger par les quelques exemples que nous mettons sous leurs yeux.

Le sang du corps humain offre deux mouvements : l'un ascendant, l'autre descendant. Ces mouvements continuent six jours alternativement ; ils doivent se rencontrer le septième, et le moindre dérangement, à cette époque, est la cause d'une maladie.....

La constitution humaine se compose de quatre éléments : un élément de terre (chair, os, fœces (?)) : un élément de feu (la chaleur interne et externe du corps) ; un élément d'eau (le sang, la sueur, l'urine, etc.), un élément gazeux ou le vent qui se forme dans l'estomac ; mais il y a aussi, au-dessus de ces quatre éléments, un cinquième appelé *ah-ka-tha*, ou élément du ciel, qui tient les autres sous sa dépendance.....

La pathologie birmane n'est pas très compliquée. Les maladies survenues tel jour, sont dues au dérangement de l'élément terre, ou feu, etc. Cette maladie durera tant de jours. rien de plus simple. Les moyens thérapeutiques sont également toujours les mêmes, selon le jour et la cause de la maladie ; la transpiration, les toniques, l'huile, le sucre, sont fréquemment employés.

Le pronostic est aussi tout mathématique. En cas de fièvre, pas de médecine. Si le malade refuse la nourriture et qu'il sente sa poitrine sèche, il mourra dans neuf jours ; s'il devient sourd, il vivra jusqu'au dixième inclus, mais, si ses yeux deviennent profonds et jaune-rouges, il mourra dans cinq jours.

Au milieu de cette médecine fatale, à compartiments comme ceux d'un échiquier, et avec la marche d'un jeu d'échecs, quelques notions d'hygiène ; ainsi le changement de lieux, est préconisé. Le transport d'un malade, d'une maison à une autre, d'un

des crachats perlés. On voit qu'il n'y a pas la moindre analogie avec les moules filamenteux de l'asthme.

b. *Toux.* — L'expectoration de ces crachats ne se fait pas facilement dans le catarrhe sec; la toux qui se répète souvent en pure perte ou finit par amener quelques crachats visqueux présente ordinairement le caractère quinteux et constitue un phénomène pénible. Elle domine souvent toute la série des autres troubles respiratoires et passe pour nerveuse à cause de son timbre sec. L'asthmatique, au contraire, ne tousse pas, et la fin de l'accès survient fréquemment sans qu'il y ait eu le moindre effort d'expectoration; l'expulsion d'un ou deux crachats filamenteux se fait sans effort, sans toux.

c. *Respiration.* — La respiration reste normale, tant que le catarrhe est à un degré modéré; les sujets qui en sont affectés s'aperçoivent seulement d'un certain degré d'essoufflement, quand ils veulent forcer le pas ou marcher sur un sol ascendant. Lorsque l'engorgement des bronches gagne en étendue, l'oppression a lieu même dans l'état de repos, mais seulement après les repas, quand l'estomac est distendu par la masse alimentaire ou gazeuse.

Rien de semblable n'a lieu chez l'asthmatique : ou bien il a la grande attaque de dyspnée expiratoire avec distension alvéolaire et tout se termine avec l'attaque ou même avec l'accès, c'est ce qui a lieu dans les premiers temps de la maladie; ou bien l'asthme est arrivé à la période de permanence. Dans ce cas, nous aurons d'autres signes qui le différencient, entre autres l'extension des limites inférieures du poumon, ce qui indique la permanence de l'emphysème. Comme le catarrheux n'a pas la dyspnée pneumobulbaire, ni la distension temporaire du poumon et encore moins l'emphysème général, avec rupture des cloisons alvéolaires, il ne saurait être confondu avec l'asthmatique.

d. *Auscultation. — Diminution du murmure respiratoire.* — « Comme l'engorgement bronchique, selon la remarque d'Andral, ne peut devenir assez considérable pour produire l'obstruction des conduits aérifères, ce que quand il atteint les petites divisions bronchiques, le murmure respiratoire ne se suspend que dans quelques lobules. » Encore faut-il ajouter qu'aussitôt après le déplacement des crachats ou plutôt leur expulsion par la toux, le murmure respiratoire reparaît. Il n'en est pas de même dans l'asthme où la dilatation alvéolaire impose pour ainsi dire le silence, quand même les mucosités bronchiques subissent quelque mouvement de translation.

Râles. — Ces mouvements impriment à l'auscultation des modifications importantes; elles se traduisent par les râles qui sont à peine marqués au début du catarrhe sec, et très évidents dans l'asthme dès le premier moment.

III. Du catarrhe bronchiolique. — Diagnostic avec l'asthme nerveux. — Lorsque le catarrhe sec s'étend aux petites bronches, il présente avec l'asthme nerveux la plus grande analogie. Dans les deux cas, on constate une expectoration rare et consistante, des râles sibilants qui occupent toute l'étendue des poumons, surtout les lobes inférieurs, et dont l'origine dans les petites bronches explique souvent la suppression du murmure respiratoire sur de vastes régions du thorax. Ce n'est pas tout. La respiration du catarrheux, qui est atteint jusque dans les dernières bronches, ne manque pas de subir une profonde modification; elle se transforme en une violente dyspnée continue inspiratoire et expiratoire, qui, de temps à autre, monte par degrés jusqu'aux exacerbations asthmatiformes. Dans les deux maladies, il se produit de l'emphysème, et, dans les périodes avancées du catarrhe sec, des phénomènes d'asphyxie et de cyanose; souvent enfin des stases veineuses périphériques avec œdème, de telle sorte que les catarrheux bronchioliques comme les asthmatiques de longue date présentent la plus grande analogie avec les cardiaques.

Quelles sont maintenant les différences? 1o La toux est constante dans le catarrhe sec; elle n'existe pas dans l'asthme; 2o l'expectoration dans l'asthme par accès est caractéristique; dans l'asthme ancien, elle devient catarrhale; tandis que, dans le catarrhe sec, elle reste toujours identique à elle-même, et ne ressemble ni à celle de l'asthme nerveux ni à celle de l'asthme catarrhal; 3o la dyspnée est absolue, constante, et rarement exacerbante; elle est toujours par accès chez l'asthmatique et rarement elle persiste dans l'intervalle des accès; 4o la dyspnée diminue toujours par l'expectoration dans le catarrhe bronchiolique; tandis que l'asthmatique n'est guère soulagé par l'élimination du produit bronchique, et la respiration peut se rétablir sans que les crachats soient expectorés; 5o les accès de dyspnée diffèrent totalement : quand le catarrhe procède par attaques plus ou moins subites de dyspnée avec râles disséminés muqueux ou secs, sonorité exagérée du thorax, tout est pour ainsi dire proportionné et

---

village à un autre, sont recommandés. L'idée de faire prendre les médicaments à la mère qui nourrit est également ordonné.

La matière médicale n'est pas encore connue; cependant plusieurs médicaments sont utilisés en Europe : le plantain, le quassia, etc. Le riz frit dans l'huile, l'urine de vache, et une préparation de poisson en état de décomposition sont fort recherchés des malades chinois, ou plutôt, j'imagine, de leurs médecins. La vaccination, je dois le dire, est depuis longtemps connue en Birmanie. Là, on mêle le virus avec du lait.

La gynécologie et l'obstétrique sont beaucoup moins avancées. La femme est considérée comme inférieure à l'homme, et il est indigne, de la part des médecins hommes d'étudier les maladies spéciales des femmes. La chirurgie est nulle. L'on ne connaît en Birmanie que les cataplasmes de farine de riz, les feuilles de plantain.

Il existe une sorte de traité de médecine qui porte le nom de *Dar-Too-Ba-dah-Duah-drah-thée*...

Quant à l'origine de la médecine birmane, M. Macdonald n'en parle pas, et il n'est pas probable qu'elle ait emprunté grand-chose à la médecine chinoise ou à la médecine de l'Inde en général, beaucoup plus étendues et plus compliquées.

L'auteur a consacré la seconde partie du livre intéressant dont nous venons de donner un aperçu à une esquisse historique des progrès de la médecine jusqu'à la fin du XVIIIe siècle. C'est un travail concis, bien fait, bourré de noms et de dates. J'ai remarqué çà et là quelques fautes d'impression que je signale à l'auteur, lorsqu'il donnera une seconde édition. Ainsi : *Lisfranc*, pour *Lanfranc* (de Milan); *Badeloque*, pour *Baudelocque*, etc.

II. Les médecins, au courant des nouvelles de l'érudition, ont entendu parler du papyrus égyptien connu sous le nom de « papyrus Ebers ». L'on sait que l'archéologiste allemand qui porte ce nom se trouvait en mission à Thèbes avec M. Stern, lorsqu'ils firent la connaissance d'un Arabe, marchand d'occasion, qui leur vendit quelques objets de peu de valeur. Devinant que ce dernier devait posséder autre chose, Ebers promit au marchand une somme assez considérable s'il leur apportait quelque spécimen de valeur. L'Arabe retournait le lendemain près de M. Ebers avec un papyrus égyptien fort ancien enveloppé avec des bandes provenant de

dépendant de l'exsudat, tandis que dans l'asthme ni la toux, ni les râles, ni l'expectoration n'ont de rapport avec la dyspnée qui est indépendante, parce qu'elle ne reconnaît primitivement que le trouble excito-moteur, pneumo-bulbaire, c'est là le critérium de l'asthme. Tout le diagnostic devient inutile, si avec Cantani (Voy. MORGAGNI, mai 1885) on explique l'asthme lui-même comme résultat d'un rétrécissement de la bronchiole par l'afflux du sang et d'un exsudat consistant.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ABLATION DES DEUX OVAIRES (OPÉRATION DE BATTEY) COMME TRAITEMENT DE CERTAINS MYÔMES DE L'UTÉRUS. — Hôpital de la Salpêtrière. Clinique de M. le docteur TERRILLON, professeur agrégé. — Leçon recueillie et rédigée par M. P. SEBILEAU, interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Vous savez, messieurs, quoique la théorie de la menstruation ne soit pas encore complètement établie, quels rapports fonctionnels intimes existent entre l'ovaire et l'utérus. La femme qui, ne pouvant plus avoir d'enfant, n'a plus de règles, vous en offre une preuve; et vous n'ignorez pas que l'utérus s'oblitère souvent pendant que l'ovaire s'atrophie. Ne trouvez-vous donc pas raisonnable l'hypothèse que l'extirpation de l'ovaire pourrait hâter la ménopause, atrophier l'utérus et la tumeur, son parasite; en tous cas, diminuer singulièrement les phénomènes congestifs et hémorrhagiques? Ainsi est née l'application de l'opération de Battey au traitement des myômes utérins. Je dis l'APPLICATION, car la castration de la femme a été avant tout, comme je vous le disais, pratiquée par Hégard et Battey simultanément, contre des phénomènes douloureux de l'ovaire.

Et maintenant, messieurs, en quoi consiste cette opération? quelles sont ses indications? quels sont ses résultats?

Si vous prenez les cas normaux, le manuel opératoire est simple. Ici, comme pour tout cas de chirurgie abdominale, plusieurs temps: — incision de la paroi; — recherche des ovaires; — leur ligature.

De l'incision, je n'ai rien à vous dire. Sachez seulement que c'est une question oiseuse que celle de son étendue; il faut avoir du jour, voilà la grande loi. Qu'elle soit grande ou petite, voilà qui est tout à fait secondaire.

La recherche des ovaires est quelquefois difficile. Retenez bien, avant d'en connaître la cause, ce principe pour lequel j'ouvre une parenthèse.

Avant d'aller à la recherche des ovaires, alors même que vous avez tous droits de croire à l'impossibilité de l'hystérotomie, rendez-vous compte de l'état anatomique de la tumeur, et si sa mobilité ou ses insertions vous permettent l'extirpation totale, abandonnez les ovaires et enlevez l'utérus. On a le droit de faire un faux diagnostic, mais pas celui de choisir le pire en présence du mieux. Or, le pire, c'est ici l'opération de Battey.

J'en reviens aux ovaires. D'ordinaire, il en est un que vous trouverez facilement, celui qui est en avant; le second demandera quelquefois des recherches assez longues; c'est qu'il est en arrière et que, presque toujours, la tumeur se conduit ainsi vis-à-vis des ovaires, qu'elle chasse l'un en avant et pousse l'autre en arrière. En la faisant basculer, vous vous aiderez souvent beaucoup, et vous devez savoir qu'elle n'est jamais si inexorablement fixée dans le petit bassin, que vous ne puissiez la faire mouvoir un peu. Un aide peut, avec un doigt introduit dans le vagin, repousser en haut l'utérus et faciliter les recherches.

Quand les ovaires ont été reconnus et attirés en avant, reste leur extirpation. Or, on ne doit les extirper qu'après ligature de leur pédicule, et cette ligature est de la plus haute importance. Je vous engage à la faire avec deux fils de soie s'embrassant par leur anse: c'est la *ligature en faisceaux*.

N'essayez point de l'écraseur, c'est un mauvais moyen; l'hémostase n'est jamais absolue; on tiraille les tissus en les étreignant et ils deviennent ainsi l'origine de plaies très étendues qui saignent longtemps.

N'usez point davantage du fer rouge. Si vous rencontrez un vaisseau volumineux, vous aurez de grandes difficultés à vous rendre maîtres de l'hémorrhagie.

Vous pouvez prendre un moyen terme: cautériser légèrement les surfaces de section du pédicule, après avoir posé vos ligatures.

---

momies, déclarant que ce papyrus avait été trouvé, il y avait quatorze ans, dans une tombe de la nécropole de Thèbes. M. Ebers éprouva de grandes difficultés pour payer la somme convenue; cependant, il put tenir sa promesse, grâce à la libéralité d'un touriste allemand qui traversait le pays.

Revenu à Leipzig avec sa trouvaille, il reconnut que le précieux document était fort ancien, écrit en caractères hiératiques d'une forme particulière: noms des rois, examen fait d'un calendrier écrit sur le dos de la première page, la date du papyrus pût être fixée au milieu du XVIe siècle, soit 1552 avant J.-C. Il a 23 mètres de longueur et de 3 de largeur, est écrit en noir et en rouge, cette dernière couleur étant employée pour les têtes d'articles et les poids et mesures. MM. Ebers et Stern ont publié en 1875 la reproduction de ce curieux document et une traduction littérale des deux premières pages; le second volume, dû à M. Stern, étant consacré à un glossaire hiéroglyphique-latin. L'ouvrage est intitulé: *Livre hermétique de médecine des anciens Egyptiens*. Parmi les chapitres, nous citerons: « Médecines pour traiter la rétention d'urine et les maladies de l'abdomen; le livre des yeux; les médicaments à employer pour empêcher les cheveux de blanchir et pour leur traitement; les maladies nerveuses; les maladies de la langue; des oreilles; le livre secret du médecin; un grand nombre de recettes et formules. » L'histoire que nous venons d'esquisser est donnée en détail dans le petit opuscule dû à M. Bolton; il reste à souhaiter que le manuscrit égyptien soit traduit tout en entier, et cette traduction est promise par les savants éditeurs.

III. J'ai eu l'occasion d'entretenir nos lecteurs d'une fort belle collection de portraits laissée par un médecin de Lyon, très connu ici, feu le docteur Munaret. Notre excellent confrère avait réussi à réunir près de 6,000 portraits de médecins anciens et modernes, surtout de médecins français, et il serait à souhaiter, disions-nous, que cette collection ne fut pas dispersée. Elle comprenait aussi bon nombre de dessins-charges, des caricatures, des autographies, des scènes de mœurs médicales.

Aujourd'hui, nous venons de recevoir le catalogue d'une collection analogue, formée par un médecin allemand, M. Wolff, ancien conseiller d'Etat à Bonn, le docteur Wolff avait eu la bonne fortune de pouvoir acquérir à la vente de la célèbre bibliothèque du docteur Diamond, de Londres, tous les portraits réunis par ce

Vous savez que ces eschares, charbon animal sans danger, sont d'une inocuité absolue.

Reste la suture de la paroi abdominale, que vous connaissez. Telle est, messieurs, la castration la plus simple. Voici les difficultés que vous rencontrerez dans les cas compliqués.

C'est d'abord la contiguité de l'ovaire et de la corne utérine. Votre pédicule dès lors se réduit à rien, et pourtant il ne faut, à aucun prix, laisser un fragment d'ovaire, car, en matière de menstruation, un morceau d'ovaire en vaut tout un. La loi générale est celle-ci : « Coupez toujours le plus loin possible de lui. » Réglez, dans les cas particuliers, votre conduite sur ce principe, qu'il ne faut pas oublier. Mais sachez aussi que si vous sectionnez trop près de la ligature, elle cèdera et vous aurez une hémorrhagie. C'est vous dire : liez le plus loin possible de l'ovaire.

Dans d'autres cas, des adhérences rendront l'opération difficile : trompes et ovaires sont englobée dans une masse membraneuse, fibreuse, résultat de poussées inflammatoires locales. Alors les cas se compliquent singulièrement.

C'est une opération peu grave que l'opération de Battey ; elle donne quatre guérisons sur cinq, et il n'est pas d'ovariotomie pour kyste de l'ovaire qui jouisse d'une statistique plus avantageuse. Elle est cependant soumise à quelques complications que voici :

1° L'*hémorrhagie*, accident rare et contre lequel la ligature faite avec soin peut beaucoup, sinon tout.

2° La *septicémie* et la *péritonite*, résultat constant de fautes chirurgicales, quelquefois méconnues, tant elles sont difficiles à apprécier.

3° La *phlébite*, comme toutes les fois qu'on touche au tissu utérin ou à ses annexes.

Je n'insiste pas ; l'opération de Battey n'a pas, en effet, seule, le privilège de ces accidents ; ils appartiennent à toute opération abdominale.

Tout autres sont deux phénomènes assez fréquents qui semblent lui appartenir en propre.

Sous une influence mal déterminée (irritation inflammatoire, gêne de la circulation en retour par ligature des veines, oblitération lymphatique), le myôme augmente quelquefois de volume et éclatent alors des troubles de compression plus ou moins graves sur le rectum, la vessie, les nerfs du petit bassin. Ailleurs, il se produit du côté de la parotide des phénomènes fluxionnaires douloureux, et c'est un fait curieux que ces relations si intimes entre la parotide et l'ovaire que l'histoire des oreillons vous avait déjà fait connaître et dont vous trouvez ici une nouvelle preuve.

Tout récemment, nous avons vu chez une de nos malades(1) survenir, presque en même temps, les différents accidents que je viens de vous énumérer. C'était une jeune femme de 37 ans, atteinte d'un corps fibreux peu volumineux, mais s'accompagnant de telles douleurs et d'hémorrhagies si abondantes qu'elle avait dû abandonner son travail et qu'elle demandait à tout prix une intervention. Convaincu à l'avance de l'impossibilité de pratiquer l'hystérectomie (il n'y avait pas de pédicule possible), je résolus l'opération de Battey. Celle-ci fut relativement facile ; j'eus pourtant quelque peine à trouver un des ovaires.

Pendant trois ou quatre jours, tout alla pour le mieux ; puis apparurent quelques symptômes d'occlusion intestinale. Il faut vous dire que depuis longtemps la malade était constipée et qu'elle n'allait à la selle que par le moyen de lavements répétés. Nous pûmes tout d'abord lutter par l'huile de ricin à doses fractionnées contre les accidents ; mais leur intensité s'accrut. L'introduction d'une sonde œsophagienne dans l'anus, les douches ascendantes pratiquées avec persévérance amenèrent quelques débâcles. L'état général s'améliorait, et nous espérions déjà guérison quand survinrent en même temps un œdème graduellement croissant des membres inférieurs, une double fluxion parotidienne simulant les oreillons, et des abcès de la paroi abdominale développés au niveau des points de suture et dus, sans nul doute, à l'obligation où le météorisme, distendant la paroi, nous avait mis, de laisser trop longtemps en place les fils d'argent. La suppuration envahit les parotides ; il fallut pratiquer des incisions, et notre malade, épuisée par tant de causes d'affaiblissement rapide, mourut six semaines après notre intervention.

A l'amphithéâtre, il nous fut facile de constater que tout était en ordre dans l'abdomen : point de traces de péritonite ; nos fils étaient bien en place ; pas de désordres dans le petit bassin. Mais l'intestin était rempli de matières fécales durcies et les veines iliaques étaient pleines de caillots se prolongeant jusque dans la veine-cave et la veine rénale.

(1) L'observation des deux malades dont je parle ici a été publiée dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, juin 1885.

dernier, et le catalogue que nous avons sous les yeux ne comprend pas moins de huit mille pièces. Cette collection est riche surtout en médecins anglais ; les estampes sont de premier choix. Notre vœu est le même que pour la précédente : un établissement public devrait acheter ces deux collections, qui se complètent l'une par l'autre ; il serait facile de se défaire des doubles.

D^r A. DUREAU.

COURS D'ACCOUCHEMENT. — MM. Bar et Auvard commenceront leur cours d'accouchement complet, en 42 leçons, le vendredi 6 novembre à quatre heures et demie du soir. Le cours a lieu tous les jours, à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants sont exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi, à une heure et demie.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Cannac est nommé pour deux ans aide de chimie, en remplacement de M. Bertin-Sans, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nègre est nommé pour deux ans aide de chimie, en remplacement de M. Balez, dont la délégation est expirée.

M. Batigne est nommé pour deux ans aide d'anatomie, en remplacement de M. Cros, dont la délégation est expirée.

M. Puech est nommé pour deux ans aide d'anatomie, en remplacement de M. Joullié, dont la délégation est expirée.

M. Cros est nommé pour deux ans aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Hassan, dont la délégation est expirée.

M. Guibert est nommé pour deux ans aide d'histologie.

M. Abelous est nommé pour deux ans aide de physiologie, en remplacement de M. Gombert, dont la délégation est expirée.

M. Victor Gombert est nommé préparateur de physiologie (emploi nouveau).

***

HÔPITAUX. — Des travaux importants vont être prochainement entrepris dans les hôpitaux de la Pitié, Saint Antoine, Necker, Beaujon et Laënnec, pour la construction de pavillons spéciaux destinés aux grandes opérations chirurgicales.

Compression intestinale, phlébite ou compression des veines du bassin, engorgement suppuré des parotides, voilà les accidents qui avaient emporté notre malade et qu'il est rare de trouver associés.

C'est, qu'en effet, les bénéfices de l'opération de Battey sont bien au-dessus des risques qu'elle fait courir.

Avant tout, placez le retrait de la tumeur; on connaît des cas où des corps fibreux ont diminué dans leur volume. Vous vous expliquez facilement ainsi la disparition de tous les troubles de compression. Ne soyez même pas découragés quand vous verrez des malades à peine améliorés trois ou quatre mois après votre opération. Il faut savoir que cette rétrocession du myôme ne se manifeste quelquefois que longtemps après l'intervention.

Puis, presque toujours, les hémorrhagies disparaissent, et c'est là un des plus brillants résultats de l'opération de Battey. Elle n'est jamais plus formellement indiquée que dans les cas de myômes à hémorrhagies. Vous savez pourquoi.

Telle semble se présenter, avec tous ses avantages, l'opération que nous avons pratiquée, il y a trois mois, sur une de nos malades, aujourd'hui guérie.

C'est une femme de quarante ans, ouvrière atteinte d'un corps fibreux utérin relativement peu volumineux, ne s'accompagnant point d'hémorrhagies, mais causant des douleurs tellement intenses et tellement continues que la malade a dû, depuis plusieurs mois, abandonner son travail. Sa tumeur est fixée dans le petit bassin; le toucher nous avait appris qu'il serait très probablement impossible de pratiquer l'hystérectomie, et nous nous décidâmes, jusqu'à plus ample informé, à pratiquer l'opération de Battey. L'examen de visu confirma bien les données pronostiques que nous avions formulées, et il ne fallut pas songer à enlever ni l'utérus ni le myôme; ils y étaient trop solidement fixés. L'énucléation aussi était impossible. La castration fut facile: suivant la loi habituelle, j'eus quelque peine à découvrir un des ovaires. Hors cette petite difficulté, tout s'est fort bien passé, et les suites de l'opération n'ont pas trompé nos espérances; la malade se lève depuis deux jours; elle va bientôt marcher, et nous avons tout lieu de croire que dans quelque temps il nous sera permis de lui dire devant vous quelles modifications notre intervention aura apportées dans les symptômes de sa maladie.

Et c'est en vous montrant cette amélioration singulière que je vous dirai: L'opération de Battey est une bonne, une excellente opération qui, dirigée contre certaines variétés de myômes, produit des résultats merveilleux. Elle sauvera des malades, celles que des hémorrhagies auraient emportées; elle rendra l'existence possible à beaucoup, celles pour qui l'intensité des douleurs était un tourment perpétuel.

Ce sera donc et c'est presque déjà une opération courante que la castration de la femme; mais il en est d'elle comme de tout autre moyen chirurgical. elle a ses indications et ses contre-indications, et il ne la faut jamais pratiquer inconsidérément.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

(Communications faites à la section de pharmacologie au 58e Congrès des naturalistes et des médecins allemands.)

I. SUR LA PILOCARPIDINE, UNE NOUVELLE BASE EXTRAITE DES FEUILLES DE JABORANDI, par le professeur HARNACK (1). — II. PRINCIPES ACTIFS DE LA RACINE DE *Baptisia tinctoria*, par le docteur VON SCHRŒDER (2). — III. SUR L'ACIDE QUILLAJAÏQUE, par le professeur KOBERT (3). — IV. SUR LES PRINCIPES CONSTITUANTS DE LA *laminaria*, par le professeur SCHMIEDEBERG (4). — V. SUR LES PRINCIPES CONSTITUANTS DE L'ÉCORCE DE CASCARILLE, par le professeur BŒHM (5). — VI. SUR L'ACTION DE LA COCAÏNE CHEZ L'HOMME, par le professeur HARNACK (6). — VII. DE L'INFLUENCE EXERCÉE SUR LES VAISSEAUX PÉRIPHÉRIQUES PAR UN CERTAIN NOMBRE D'AGENTS PHARMACOLOGIQUES, par M. KOBERT (7). — VIII. ACTION DE CERTAINS POISONS SUR LES MOUVEMENTS AUTOMATIQUES DE L'ESTOMAC, par M. SCHÜTZ, de Prague (8).

I. M. E. MERCK (de Darmstadt) a réussi à isoler des feuilles de jaborandi une troisième base, qui à l'état de liberté se présente sous l'aspect d'une matière sirupeuse, mais forme, à l'état de nitrate, de volumineux cristaux en colonnes, qui rappellent les cristaux formés par le salpêtre. Cette substance a été étudiée par M. Harnack, qui lui a donné le nom de pilocarpidine. Elle a des propriétés chimiques sensiblement identiques à celles de la pilocarpine. Toutefois, en solution aqueuse, elle n'est pas, comme cette dernière, précipitée par le chlorure d'or. Comme la pilocarpine, elle se transforme facilement en une base amorphe, douée de propriétés physiologiques semblables à celle de l'atropine, et que M. Harnack propose de désigner sous le nom de jaboridine.

Les formules trouvées par M. Harnack pour ces deux substances sont, pour la pilocarpidine ($C10\ H14\ Az2\ O2$), pour la jaboridine ($C10\ H12\ Az2\ O3$). La seconde prend donc naissance aux dépens de la première, par voie d'oxydation. La base isolée récemment par M. Chastaing (COMPTES RENDUS, t. CXIV, p. 223 et 908) n'est autre, selon toute vraisemblance, que la jaboridine. Quand on compare la formule de la pilocarpidine avec celle de la pilocarpine ($C11\ H16\ Az2\ O2$), il semble que cette dernière ne soit qu'un produit de substitution méthylique de la première. La comparaison avec la formule de la nicotine ($C10\ H14\ Az2$) montre que la formule de la pilocarpidine ne diffère de celle-ci que par l'addition de deux atomes d'oxygène.

Au point de vue de l'action physiologique, la pilocarpidine présente avec la pilocarpine la plus grande ressemblance.

II. M. von SCHRŒDER a isolé de la racine du *baptisia tinctoria*:

1o Un glycoside, la *baptisine*, insoluble dans l'eau, cristallisant sous forme de globules, et doué des mêmes propriétés physiologiques que les substances amères indifférentes.

2o Un glycoside soluble dans l'eau, la *baptine*, qui cristallise sous forme d'aiguilles microscopiques, et qui est doué de propriétés laxatives.

3o Un alcaloïde, la *baptitoxine*, toxique à doses très faibles, qui produit chez les grenouilles l'arrêt de la respiration, puis la paralysie des centres nerveux; chez les animaux à sang

(1) CENTRALBLATT FÜR DIE MEDIC. WISSENSCHAFTEN, 1885, no 24.
(2) TAGEBLATT DER 58ten VERSAMMLUNG DEUTSCHER NATURFORSCHER UND AERZTE. Strasbourg, 1885, p. 158
(3) Ibidem, p. 230.
(4) Ibidem, p. 427.
(5) Ibidem, p. 427.
(6) Ibidem, p. 426.
(7) Ibidem, p. 425.
(8) Ibidem, p. 158.

chaud, l'accélération de la respiration, une exagération du pouvoir excito-moteur, et finalement la mort par asphyxie.

M. Schrœder a également réussi à isoler de la racine du *leptandra virginica*, un glycoside, la *leptandrine*, dont il a fait connaître les propriétés chimiques et physiologiques.

III. Ce que l'on désigne dans le commerce sous le nom de saponine n'est pas une substance définie, mais un mélange de matières organiques et inorganiques. La saponine pure se rencontre en proportions très variables dans la saponine du commerce. Kobert a pu étudier des échantillons de saponine pure qui lui ont été fournis par MM. Stütz et Gunther (de Iéna) ; il a reconnu qu'elle était dépourvue de propriétés actives. Sa formule est $C^{19} H^{30} O^{10}$. La saponine du commerce, qui contient une certaine quantité de lactosine, est redevable de sa toxicité à deux autres principes, auxquels M. Kobert propose de donner les noms d'acide quillajaïque et de sapotoxine.

Pour obtenir la première, le mieux est de la tirer directement de l'écorce de quillaja, en la précipitant de la décoction de cette racine à l'aide de l'acétate de plomb neutre. Le précipité, d'abord bien lavé, est débarrassé du plomb qu'il renferme, réduit par voie d'ébullition, et le résidu repris avec de l'alcool absolu. On filtre, on soumet une nouvelle fois le liquide à l'évaporation, on reprend le résidu avec un mélange de cinq parties de chloroforme pour une partie d'alcool ; une forte proportion de matières colorantes échappe à la dissolution. En ajoutant de l'éther au produit de filtration, on voit se déposer des flocons neigeux d'acide quillajaïque, qu'on dessèche en présence de l'acide sulfurique.

La toxicité de cet acide et de ses combinaisons salines est énorme ; il suffit d'injecter de l'acide quillajaïque dans les vaisseaux d'un chien ou d'un chat à raison de un demi-milligramme par kilogramme de poids corporel, pour tuer l'animal, tandis qu'une dose de 2 grammes administrée *per os* est bien supportée. Son action délétère sur le sang, étudiée *in vitro*, se manifeste encore quand on manie l'acide quillajaïque à l'état de dilution extrême (1/1,000,000). Quand on le chauffe à plusieurs reprises au contact d'une solution de baryte, l'acide quillajaïque finit par perdre toute toxicité. Aussi, Kobert incline à considérer la saponine comme un produit inerte de transformation de l'acide quillajaïque.

L'auteur a ensuite décrit en détail l'action de cet acide sur la substance musculaire. Il a fait savoir qu'au point de vue clinique, la décoction de racine de quillaja est douée des mêmes propriétés que la décoction de polygala senega ; il existe entre ces deux préparations des différences purement quantitatives. D'ailleurs, l'action thérapeutique de la décoction de quillaja fait présentement l'objet de nombreuses expériences dans des hôpitaux d'Allemagne, du Danemark et d'Autriche.

M. Kobert s'est rallié à l'avis exprimé par M. Schmiedeberg, qui considère l'acide quillajaïque comme appartenant à la catégorie des poisons de la substance protoplasmique.

IV. Les analyses faites par M. Schmiedeberg lui ont fait découvrir dans la laminaria la présence des substances suivantes : mannite, dextrose, une variété de dextrine, la *laminarine*, dont la formule $C^{60} H^{102} O^{51}$ est la même que celle du glycogène du foie du chat ; un acide ayant pour formule $C^{12} H^{18} O^{11}$, qui prend naissance dans la plante par oxydation des hydrocarbures. Cet acide (laminarique) est une substance colloïde qui possède au plus haut degré la propriété d'augmenter de volume en absorbant de l'eau. Il est extrêmement difficile de l'obtenir à l'état sec. Dans la plante à l'état naturel, les sels qui forment autour de la racine de laminaria une sorte de revêtement gélatineux protègent la masse protoplasmique contre le contact de l'eau de mer.

V. M. Bœhm a réussi à extraire de l'écorce de cascarille, outre les principes déjà connus, — l'huile essentielle et une substance amère cristalline, — une base qui présente de très grandes analogies avec la choline, et qui se rencontre dans l'extrait de cascarille préparé suivant les indications de la pharmacopée allemande (2e édition).

Les propriétés pharmaceutiques de ces diverses substances feront l'objet d'une publication détaillée.

VI. D'après les résultats des recherches récentes de M. Harnack, la cocaïne, indépendamment de son action anesthésiante locale, exerce sur les vaisseaux une action qui se traduit par une élévation de la pression sanguine. En outre, on voit survenir quelquefois au lieu d'application, une *gangrène du tissu* (cornée, peau). M. Harnack est entré ensuite dans quelques détails concernant l'action stimulante que la cocaïne exerce sur les facultés psychiques. Cette action est telle que le sujet cocaïnisé peut facilement concentrer son esprit sur un cercle étroit de pensées. Grâce à l'usage de la cocaïne, M. Harnack a pu résister, pendant la durée du Congrès, à un surcroît de fatigue occasionné par la rédaction des comptes rendus durant les nuits qui séparaient les séances.

M. Harnack considère la cocaïne comme un antagoniste de la morphine.

VII. Sur des organes frais (rein, foie, rate, membres inférieurs, utérus, intestin) extirpés à des animaux vivants (chien, lapin, veau, mouton, porc, cheval) et dans lesquels on entretenait la circulation artificielle en se servant de sang frais d'animaux de la même espèce, M. Kobert a étudié l'influence que certains poisons exercent sur les modifications du calibre des vaisseaux. Le résultat a été négatif avec les poisons suivants : strychnine, nicotine, muscarine, arséniate de soude, phénol, hydrochinon, sapotoxine, ergotinine, chloroforme, alcool, sel marin, chlorate de potasse, bromate et iodate de soude, fluorure et bromure de sodium, antipyrine, fer (citrate), urée, créatine, glycogène.

Les substances suivantes ont produit une dilatation manifeste des vaisseaux : nitrite d'amyle, nitrite de sodium, essence de moutarde, de térébenthine, chloral, paraldéhyde, acétal, uréthan, oxyde de carbone, atropine, bases atropiniques extraites des champignons, quinine, kaïrine, quinoline, leucoline, inchonine, bromure, iodure et sulfate de lithium, carbonate de soude, manganèse, antimoine, bismuth (sel double), chlorure double de platine et de sodium, les bases platinées de Hofmeister.

Enfin, parmi les substances qui produisent une contraction vasculaire, M. Kobert cite en première ligne les médicaments du groupe de la digitale, dont l'action vaso-constrictive est à la fois si intense et si prolongée, qu'il y a tout lieu de croire qu'elle se manifeste également dans l'organisme de l'homme, à l'état de maladie ; ont été étudiées d'une façon spéciale : l'helléboréine, la digitaline, la scillaïne, la convallamarine, l'oléandrine, l'érytrophléine. Il est vraisemblable, *a priori*, que la vératrine, la sabadilline, l'antiarine, le chlorure de baryum, le venin des crapauds et la physostigmine se comportent de la même façon que les précédentes.

Le plomb et le mercure n'ont produit qu'une constriction très passagère des vaisseaux. La cocaïne, aux doses médicinales, est sans influence; à plus fortes doses, elle produit des effets dilatateurs plutôt que constrictifs.

VIII. Quand on extirpe l'estomac d'un chien vivant et qu'on le conserve dans une chambre saturée de vapeur d'eau et maintenue à la température de 37°, on constate pendant un espace de temps qui varie de une demi-heure à une heure et demie, des mouvements spontanés qui agitent l'organe extirpé. Ces mouvements sont très vifs, et tels que leur but paraît être évidemment de faire progresser le contenu de l'estomac vers le pylore. C'est sur des estomacs frais de chiens placés dans les conditions susdites, que M. Schütz a étudié l'action d'un certain nombre de poisons. Les résultats portent que :

1° Les poisons suivants affaiblissent ou arrêtent totalement les mouvements automatiques de l'estomac : atropine; cocaïne, nicotine et pilocarpine, à faibles doses seulement; chloral;

2° Les poisons suivants augmentent le nombre des mouvements automatiques de l'estomac, accélèrent ces mouvements et leur impriment un caractère atypique : strychnine et nicotine à faibles doses; caféine, vératrine, tartre stibié, émétine et apomorphine;

3° D'autres poisons n'arrêtent pas les mouvements automatiques de l'estomac, mais impriment à l'appareil musculonerveux de cet organe une modification telle, qu'une fois en état de contraction, la tunique musculaire ne peut plus se relâcher ou ne se relâche que très lentement, ce sont : la muscarine, la physostigmine, les substances du groupe de la digitale (digitaline, helléborëine, scillaïne).

E. RICKLIN.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

NOTES ET MÉMOIRES DE CHIRURGIE CLINIQUE, par J. GRYNFELTT, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Sous ce titre, M. Grynfeltt publie un recueil d'observations qui lui ont servi de bases à d'intéressantes monographies. Par sa nature même, ce livre échappe à une analyse générale; nous ne ferons qu'en signaler les points les plus importants.

Un des premiers chapitres a trait aux polypes naso-pharyngiens. M. Grynfeltt en a opéré un en 1875. L'histoire du développement de cette tumeur n'offre rien de saillant; il n'en est pas de même des opérations qui ont été dirigées contre elle. Des tentatives multipliées et souvent réitérées pendant près de trois mois dans le but d'extraire soit la totalité, soit des fragments de la tumeur, n'amenèrent que des résultats incomplets. Le malade sortit de l'hôpital portant encore une tumeur assez volumineuse et en voie de développement. Sept années se passèrent sans qu'on revît ce malade, quand il se présenta de nouveau à la consultation de l'hôpital à peu près complètement guéri. Les cicatrices de la face étaient à peine reconnaissables, la respiration se faisait librement et on ne trouvait plus que des traces de la tumeur à la base de l'apophyse ptérygoïde droite. Ce fait rentre dans la loi générale et peut être considéré comme un cas type des plus démonstratifs.

Signalons la description d'un polypotome improvisé. L'auteur n'ayant pas sous la main un instrument de ce genre eut l'idée de faire perforer le cul-de-sac terminal d'une sonde cannelée d'argent, de passer par cet orifice un fil d'argent double, de le faire glisser par la cannelure jusqu'à l'échancrure de la plaque et enroulant les deux fils autour des mors d'une pince à ligature, d'en faire un serre-nœud d'un maniement commode.

Un fait de hernie lombaire survenue à la suite d'un coup reçu sur le flanc gauche est, pour l'auteur, une occasion de réunir d'assez nombreux exemples de cette affection rare et d'en retracer toute l'histoire. L'anatomie pathologique peut aujourd'hui en être faite; les couches superficielles qui recouvrent la hernie sont constituées par la peau; le *fascia superficialis* et le péritoine doublé de son *fascia propria*; le grand oblique en avant, le grand dorsal en arrière enserrent le pédicule de la tumeur. Quant au sac, il est permis de croire que son absence est une exception. Le collet doit exister très rarement, car l'ouverture est toujours très large et la tumeur a ordinairement la forme d'un segment de sphère. Les causes prédisposantes sont multiples : les grossesses répétées, l'obésité, ont pu être invoquées comme affaiblissant la résistance de la paroi abdominale. Les coups violents doivent être rangés au premier plan des causes productrices. L'élasticité des téguments de l'abdomen permet de comprendre que la peau et les parties superficielles restent indemnes pendant que les tissus fibreux profonds sont divisés par le choc. En tous cas, la hernie ne se montre que quelque temps, plusieurs mois après le traumatisme. Les collections purulentes formées dans l'épaisseur des muscles lombo-abdominaux, en détruisant le plan musculaire, ont aidé souvent à la production d'une hernie lombaire; il en est de même des abcès périphériques. Une contraction musculaire énergique peut aussi amener l'issue des viscères hors de la cavité abdominale. Parmi les symptômes, il est intéressant de préciser le siège qu'occupe cette hernie située entre les fausses côtes et la partie postérieure de la crête iliaque; elle forme entre les bords du grand dorsal et du grand oblique une tumeur arrondie, ovalaire, à grand diamètre antéro-postérieur. Son siège insolite l'expose à être souvent méconnue; le pronostic en est bénin, car elle se trouve dans des dispositions telles qu'elle ne peut s'étrangler que très difficilement.

Quelques pages sont consacrées à une judicieuse critique du taxis abdominal pour la réduction des hernies. L'auteur rappelle que le procédé préconisé par M. Lannelongue n'est pas sans précédent et qu'il diffère peu des manipulations recommandées par Sédillot et par Grynfeltt (père). Selon lui, il se rapproche trop du taxis prolongé, sinon forcé; peut-être pourrait-on lui préférer les manœuvres faites sur l'abdomen par une main intelligente, mais nous croyons surtout que ce taxis abdominal ne doit pas inspirer une trop grande confiance et faire ajourner trop longtemps la kélotomie.

L'auteur aborde ensuite les indications de la taille périnéale et tente une réhabilitation de cette opération que les chirurgiens ont une tendance, plus marquée de jour en jour, à laisser dans l'oubli. L'auteur, après avoir constaté les immenses progrès que l'introduction de la lithotritie rapide a fait faire à la thérapeutique de l'affection calculeuse, énumère toutes les complications qui peuvent se rencontrer. L'hypertrophie de la prostate lui semble, contrairement à MM. Thompson et Guyon, constituer une contre-indication de la lithotritie,

surtout quand la vessie est enflammée et très contractile; au contraire, dans les cas d'atonie vésicale, il croit que la lithotritie avec aspiration est l'opération de choix. Ses principaux arguments sont empruntés à la discussion qui a eu lieu au Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Reims en 1880, et à laquelle ont pris part MM. Gaillet, Verneuil, Ollier et Denucé.

Les opinions exprimées ont été, en général, défavorables à la lithotritie en pareil cas; mais, en 1880, la lithotritie à séances courtes était encore presque uniquement pratiquée, et, dans les cas en question, la taille pouvait lui être préférée; aujourd'hui, il n'en est plus de même. Notre opinion diffère de celle de l'auteur au point de vue de la conduite que commande l'existence de la cystite. Après avoir constaté que l'évacuation des débris calculeux amène, en général, une guérison rapide de la cystite, il fait une distinction fort juste entre celle qui est née sous l'influence du calcul et la cystite primitive qui a été l'origine première de la concrétion. Il en conclut que, dans le premier cas, la lithotritie est bonne, à moins que l'hyperesthésie de la vessie et ses contractions exagérées n'empêchent de terminer l'opération en une séance. Dans le second cas, il croit la taille préférable. Les faits publiés par MM. Guyon et Thompson sont une réponse suffisante pour établir la supériorité de la lithotritie; les cystites anciennes sont, en général, nées sous l'influence d'une hypertrophie prostatique, et dans ce cas, la congestion habituelle, la rigidité du tissu prostatique, font de la taille périnéale une opération qui offre des dangers bien plus considérables que la lithotritie et même la taille hypogastrique.

Un autre obstacle à l'emploi de la lithotritie est, selon M. Grynfeltt, l'existence d'une néphrite. Malgré l'opinion de Brodie, Bigelow, Thompson, Guyon, etc., l'auteur estime que la taille périnéale offre plus d'avantages que la lithotritie. Les interventions multipliées ne font, d'après lui, qu'accroître la phlegmasie vésicale et favoriser son extension au parenchyme rénal. Il cite à l'appui une observation où trois séances de lithotritie, très courtes, chez un malade cachectique, furent suivies d'une issue fatale.

Les arguments de M. Grynfeltt conserveraient toute leur valeur si la lithotritie était encore pratiquée, comme autrefois, par petites séances très courtes; mais l'auteur a lui-même reconnu au début de son article que les choses avaient été grandement modifiées par l'introduction de la lithotritie à séances prolongées. Pourquoi alors parler d'introductions répétées, de cystites aggravées par la présence de nombreux graviers, de fragments engagés dans l'urètre, etc. ? Ces inconvénients ne doivent plus avoir lieu avec la méthode nouvelle. Il faut, dit M. Grynfeltt, avoir une grande expérience pour pouvoir mener à bonne fin une telle opération; aussi est-il recommandé à tout chirurgien de ne faire la lithotritie à séances prolongées qu'après avoir acquis l'habitude du broiement dans des séances courtes sur des calculeux dont les voies urinaires supérieures ne sont pas malades. Il ne serait pas juste d'incriminer une opération pour ce fait qu'elle a été incomplètement pratiquée. D'ailleurs, même dans les cas de néphrite et de cystite, un gros fragment brisé dans la vessie n'est pas fatalement dangereux; le seul point important est de ne pas laisser une vessie encombrée et de toujours pratiquer l'évacuation avec le plus grand soin; on se mettra ainsi à l'abri des accidents.

Un des derniers chapitres donne la description d'un appareil pour les fractures de la rotule. Celui-ci se compose essentiellement de deux manchons de cuir rembourré, l'un supérieur (cnissart), l'autre inférieur (molletière), destinés à être appliqués contre chacun des fragments de la rotule et assujettis par des courroies. Une planche, garnie de coussins, est disposée de façon à supporter le membre. La jambe étant recouverte d'un bandage roulé, on applique le manchon inférieur; puis, après avoir rapproché le fragment supérieur, on assujettit le cnissart. Des anneaux étant disposés à une certaine distance des bords correspondants des manchons, on unit ceux-ci à l'aide d'un tube de caoutchouc, appliqué en lacets spiraux et à surjet, entrecroisés et destinés à maintenir la coaptation des fragments. M. Grynfeltt rapporte l'observation d'un malade soumis à ce mode de traitement. Au bout de deux mois, les fragments ne jouissaient plus d'aucune mobilité latérale et étaient unis par un cal partiellement osseux ayant à peine 5 millimètres de hauteur.

L'espace nous manque pour parler des chapitres traitant de la génoplastie par glissement, de l'hématocèle rétro-utérine et d'autres mémoires de ce recueil où le lecteur trouvera d'intéressantes observations présentées d'une manière vive et animée, et où il pourra puiser d'utiles enseignements pratiques.

Dr E. DESNOS.

REVUE DES THÈSES

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UNE ÉPIDÉMIE D'OREILLONS, OBSERVÉE A ROCHEFORT EN 1885, par E. PLAGNEUX. — (Thèse de Paris.)

Au lieu de se borner à narrer d'une façon sommaire les faits observés, l'auteur eût plus intéressé en s'attachant à l'étude spéciale de quelques complications. Les recueils de médecine militaire surtout regorgent de relations d'épidémies ourliennes, et il suffit de signaler parmi les travaux tous récents, ceux de Sorel, Servier, Madamet, Gérard et Vedreunes. Les études faites en 1876 par M. Fournié et publiées cinq ans plus tard, faisaient pressentir le mémoire qui, répondant à la question proposée par le Comité consultatif de santé de l'armée: Complications des oreillons, vient d'obtenir le prix de médecine. Il est regrettable que ce volumineux travail n'ait pas encore été publié; nul doute, en tout cas, que la simple lecture de l'extrait paru dans nos *Archives* en mars dernier, n'eût incité M. Plagneux à pousser plus avant l'analyse de certains phénomènes. Reconnaissons cependant l'intérêt qui s'attache aux recherches faites par l'auteur sur l'urée.

DE LA POLYDACTYLIE, par J. TAPIE. — (Thèse de Paris.)

Après quelques généralités sur les vices de conformation des doigts, l'auteur signale la fréquence relative de la polydactylie, puisqu'elle a été cinq fois observée en un an, sur 2,200 enfants nés à la Maternité de Paris. L'influence de l'hérédité paraît démontrée. La théorie de M. le professeur Lannelongue, basée sur le rôle prépondérant que jouent les lésions pathologiques du fœtus dans la pathogénie des monstruosités, donne une explication très plausible des phénomènes: des adhérences établies entre le fœtus et ses enveloppes en des points divers auraient pour résultat la formation de bourgeons remplis de tissu embryonnaire, outre que les tractions exercées par les membranes de l'œuf troubleraient profondément l'évolution régulière et le développement des organes. Une lé-

sion de cet ordre, siégeant à la palette palmaire, donnera lieu aux formes les plus variés de la polydactylie par bourgeonnement du tissu embryonnaire.

Travail écrit avec méthode et clarté, terminé par neuf observations avec planches à l'appui.

DE LA RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE (MALADIE DE DUPUYTREN), par J. COSTILHES. — (Thèse de Paris.)

La maladie bizarre de la main, sur laquelle Dupuytren a appelé l'attention, a motivé de longues et patientes recherches. On a reconnu que l'aponévrose n'est pas l'agent unique de la rétraction, mais que les cloisons fibreuses sous-cutanées, le derme lui-même, y participent. La cause prédominante spéciale semble être due à un état général dyscrasique, tel que: goutte, diabète, rhumatisme, arthritis, herpétisme, saturnisme et peut-être syphilis.

Au lieu de présenter une marche régulièrement progressive, l'affection demeure parfois stationnaire, quand elle ne se distingue pas par une phase d'amélioration spontanée.

Le traitement chirurgical doit céder le pas à la médication topique résolutive; les préparations iodurées, *intus et extra*, ont, jusqu'à présent, produit les meilleurs effets.

Le travail de M. Costilhes, fort intéressant à consulter, est basé sur 86 observations publiées ou inédites.

CH. AMAT.

CORRESPONDANCE

Mon cher Rédacteur en chef,

Dans le numéro du 3 octobre de la GAZETTE MÉDICALE, M. le docteur E. Régis, dans une lettre qu'il vous adresse, cherche à insinuer que j'ai provoqué l'exclusion de son mémoire des comptes rendus du Congrès d'Anvers. Je tiens, pour le moment, à bien établir la vérité sur ce point particulier. Ce n'est pas sur ma demande, mais bien *contrairement* à ma demande, que le Congrès a décidé qu'il ne serait pas fait mention de ce travail. Quant à la question de fond, elle pourra être reprise après la publication de l'œuvre de M. le docteur E. Régis.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments dévoués.

MAGNAN.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les élèves de deuxième année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1885, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du mercredi 4 novembre 1885, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillons et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie), s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs en médecine, les exercices de dissection sont facultatifs; s'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite pour les élèves obligés de deuxième et troisième années, et les élèves non obligés et docteurs, suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Le bureau, 15, rue de l'École-de-médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 4 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter: 1o sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2o la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 4 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— MM. les docteurs Gombault et Cadiat sont délégués dans les fonctions de conservateurs des musées Orfila et Dupuytren pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Hache et Beurnier sont maintenus dans les fonctions d'aide d'anatomie, du 1er octobre 1885 au 30 septembre 1886.

— A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales établi par décret du 20 juin 1878, sera seul en vigueur. Conformément à la circulaire ministérielle du 26 avril 1885, la situation des étudiants en médecine appartenant à l'ancien régime qui, à cette date, n'auraient pas terminé leurs études, sera fixée par les dispositions transitoires, suivant chacune des catégories dans lesquelles ces étudiants seront classés:

1o Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions; ils devront subir le premier examen provisoire avant de poursuivre leurs études.

2o Etudiants qui, ayant subi le deuxième examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions ou de huit à douze inscriptions sans avoir subi le troisième examen de fin d'année. Ces étudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le premier examen et la première partie du deuxième examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité;

3o Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions et qui auront subi le troisième examen de fin d'année. Ces étudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leur examen après la seizième;

4o Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. Ces étudiants subiront tous les examens dans l'ordre par le décret du 20 juin 1878;

5o Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. Ces étudiants conserveront le bénéfice des examens subi avec succès et, pour les autres, ils seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878;

6o Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au troisième examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885;

a. Les étudiants ajournés au troisième examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se

présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre ; d'après le résultat de l'examen, ils seront rangés soit dans la deuxième, soit dans la troisième catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie.

b. Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et seront assimilés aux étudiants de la cinquième catégorie. Il n'y aura, non plus, nul recours, même dans le cas de maladie.

***

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Les premières séances du concours de l'Internat ont été marquées cette année par des scènes tumultueuses ayant pour origine des bruits relatifs à des irrégularités de l'épreuve écrite. A la suite d'une enquête provoquée par le jury, celui-ci a demandé l'annulation de l'épreuve écrite. On nous assure que l'administration serait décidée à aller plus loin et à annuler le concours. Un nouveau jury serait alors tiré, les noms des membres du premier étant du reste réunis dans l'urne et susceptibles d'en sortir de nouveau.

Voici la lettre du jury, adressée à M. le directeur de l'Assistance publique, dont nous venons de parler :

« M. le Directeur général,

« Les membres du jury du concours de l'Internat, après avoir pris connaissance des conclusions suivantes de l'enquête confiée à vos soins :

« Des dépositions qui précèdent, il résulte pour les soussignés : « 1° qu'il n'y a eu aucune divulgation faite par M. le docteur G.. « dans son service ; 2° qu'il ressort de la déposition de divers « internes que, quelques instants avant midi, plusieurs candidats « ont connu, par l'intermédiaire de M. C.. (1), qui l'avoue, l'une « des questions sorties de l'urne ; 3° que, dans ces conditions, la « sincérité de l'épreuve peut être suspectée...

« Signé : D'ECHÉRAC, — NICAISE »

Après en avoir délibéré,

Les membres du jury du concours de l'internat ont l'honneur de vous demander l'annulation de l'épreuve écrite et vous prient d'agréer, etc.

Signé : POZZI, GOUGUENHEIM, BLUM, MUSELIER, RIBEMONT-DESSAIGNES, BRAULT, CAMPENON. »

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que l'administration de l'Assistance publique vient d'envoyer l'affiche suivante dans les hôpitaux :

« Par arrêté en date du 14 octobre courant, les opérations du concours ouvert le 7 octobre pour la nomination aux places d'internes vacantes au 1er janvier 1886 sont annulées.

« L'ouverture d'un nouveau concours est fixé au lundi 19 octobre, à midi.

« MM. les élèves externes, régulièrement inscrits sur le registre qui a été clos le 22 septembre dernier, seront seuls admis à prendre part au concours annoncé par la présente affiche.

« Paris, le 14 octobre 1885.

« Signé : E. PEYRON. »

Nous ajouterons qu'un nouveau jury a été institué ; il se compose de MM. Paul Reclus, Reynier, Blum, Oulmont, Joffroy, Ballet et Maigrier.

***

CONCOURS. — Un concours pour la nomination d'élèves internes et externes des hospices civils de Grenoble sera ouvert, dans la salle des délibérations de la Commission des hospices de cette ville, savoir : pour l'internat, le lundi 9 novembre 1885, à deux heures de l'après-midi, et, pour l'externat, le mardi 10 novembre 1885, à la même heure.

(1) Interne du service de M. le docteur G..

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat, le 3 novembre prochain au plus tard.

Les candidats nommés entreront en fonctions immédiatement pour une durée de deux ans.

***

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — Répartition, pour 1885, de la subvention municipale à l'École pratique des hautes études. Des subventions, des bourses d'études et de voyage sont accordées, pour l'année 1885, aux élèves de l'École pratique des hautes études de la section des sciences naturelles dont les noms suivent : MM. Audollent, Cuénot, Abadie, Bovier-Lapierre, Chudzinski, Vialleton, Guitel, Roussy, Beauregard, Kihan, Lacroix.

***

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 8 octobre 1885, les médecins principaux de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Ducellier, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de La Rochelle ; — M. Morisson, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Constantine ; — M. Czernicki, pour le corps du Tonkin ; — M. Gentit, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes.

— Par décret en date du 30 septembre 1885, ont été promus :

Médecin principal de première classe. — M. Delahousse (Charles-Louis-Joseph), médecin principal de deuxième classe.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Gentit (Joseph-Paul-Henri), médecin-major de première classe.

Médecins-majors de première classe. — MM. Coustan (Camille-César-Clément-Adolphe), Kopff (Pierre-Albert), Rigal (Pierre-Mathieu-Victor-Albert), médecins-majors de deuxième classe.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. de Mersseman (Amand-Georges-Henri), Leneveux (Louis-Georges-Henri), Cahier (Léon-Amédée), Joannet (Marie-Georges-Henri), médecins aides-majors de première classe.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 12 octobre 1885, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. Allanic.

Au grade de médecin principal. — MM. Illy, Léonard dit Champagne, Manrel, Barnier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

M. Sacquin. De l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. — M. Beaucard. Du cathétérisme rétrograde. — M. Lecompte. Considérations cliniques sur la résection ostéoplastique du pied, d'après le procédé Wladimiroff. — M. Lalitte. Des kystes dermoïdes des doigts. — M. Haut. De l'influence réciproque du diabète et du traumatisme. — M. Marlier. Contribution à l'étude des hémiplégies bilatérales par lésions cérébrales symétriques. — M. Bastien. Contribution à l'étude de l'épithélioma du talon. — M. Villiers. Des terminaisons du phlegmon prévésical (cavité de Retzius). — M. Lorin. Le microscope et les altérations des substances alimentaires. — M. Cherpitel. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. — M. Thizion. Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme. — M. Plique. De la lypémanie comme symptôme de la paralysie générale. — M. Vautrin. Étude sur les kystes de l'ovaire interligamentaires. — M. Guntzburger. Contribution à l'histoire des polypes utérins à apparition intermittente. — M. Guibal. Contribution à l'étude clinique du jequirity. — M. Sadoul. De la durée de l'immunité consécutive aux vaccinations anticharbonneuses. — M. Devaux. Étude sur l'antipyrine. — M. Aubry. Contribution à l'étude de la coca du Pérou et de la cocaïne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

199. M. Casanova. Infoxication chronique par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire. — 200. M. Brossier. Essai sur la responsabilité au point de vue mental. — 201. M. Ivanoff. De l'ostéomyélite subaiguë ou insidieuse pendant la grossesse. — 202. M. Anderson. Etude sur les variations de la température chez les blessés et les opérés et sur leurs causes. — 203. M. Chabaud. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 4 AU SAMEDI 10 OCTOBRE 1885.

Fièvre typhoïde 21. —Variole 3. — Rougeole 10. — Scarlatine 5. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup 26 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 28. — Phthisie pulmonaire 150. — Autres tuberculoses 24. —Autres affections générales 56 — Malformation et débilité des âges extrêmes 43. — Bronchite aiguë 12 — Pneumonie 44. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 42. — au sein et mixte 23. — Inconnu 6. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 84. — de l'appareil circulatoire 68. — de l'appareil respiratoire 52. — de l'appareil digestif 40 — de l'appareil génito-urinaire 22. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 21. — Causes non classées 22. — Total de la semaine: 823 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Iconographie de la flore française, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. Cette publication paraît par séries de 10 planches chromolithographiées (10 couleurs), d'après les aquarelles faites d'après nature sous les yeux de l'auteur. Le texte explicatif, très complet, est imprimé au verso même des planches. Chaque planche porte un numéro qui n'indique que l'ordre de publication. Un index méthodique et des clefs dichotomiques établissant les séries naturelles suivant lesquelles les espèces doivent être disposées, seront publiés ultérieurement. Le nom des plantes qui appartiennent à la Flore parisienne est accompagné d'un signe particulier (*). Les principales localités des environs de Paris sont indiquées à la fin du paragraphe relatif à l'habitat. — Prix de chaque série de 10 planches avec couverture : 1 fr. 25. — L'ouvrage sera publié en 40 ou 50 séries. Il paraîtra 16 séries au moins en 1885. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Toute personne qui nous adressera un mandat-poste de 20 fr. recevra les seize premières séries de l'ouvrage au fur et à mesure de leur apparition ; cependant toutes les séries se vendent séparément au prix de 1 fr. 25.

Des applications nouvelles à la thérapeutique pendant l'année 1884 (deuxième année), par le docteur Campardon. Un vol in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr. — La première année, par le docteur Duchesne (1883) est en vente. — Prix : 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 43 24 OCTOBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MÉDECINE CLINIQUE

BRONCHITES CHRONIQUES.

Extrait du tome III des MALADIES PULMONAIRES (maladies simples du poumon), par le professeur GERMAIN SÉE.

Suite. — Voir le numéro précédent.

HISTOIRE DE L'ARTHRITISME. — I. *Rhumatisme interne, choréique.* — Il y a trente-huit ans, étant élève interne à l'hôpital des Enfants-Malades, j'eus la bonne fortune de réaliser, sans la connaître, l'application pratique de l'idée fondamentale de Galien, de la maladie générale devenue locale, de la *diathèse* spécialisée. Cent-vingt-huit observations minutieusement recueillies et rigoureusement analysées, sans enthousiasme et sans idée préconçue, démontrèrent à mes maîtres, alors étonnés, tous convaincus depuis, qu'une simple névrose, que la chorée était, dans la majorité des cas, d'origine rhumatique, ce que Trousseau et Roger confirmèrent pleinement, en généralisant la question et faisant de toutes les chorées des affections rhumatiques ou cardiaques. La chorée devint dans la presque totalité des cas l'expression du rhumatisme, excepté pour Lamazou (de Riscle, Gers) qui a attribué la chorée à la masturbation chez les jeunes filles du département, excepté aussi pour Joffroy qui, après avoir établi mon antique ignorance des pseudo-rhumatismes, arriva après trois mois d'interrègne aux Enfants, à estampiller dix-huit cas de chorées comme dépourvues de rhumatisme et pourvues de tous les attributs de la névropathie la plus pure; ce fut un coup du sort pour cet observateur. J'aime mieux Trousseau et Roger. Au résumé, c'était la loi de coïncidence analogue à la loi de Bouillaud pour l'endopéricardite rhumatismale; il n'était pas question de métastase ni de doctrine, mais d'une corrélation tout à fait inattendue, longtemps discutée, aujourd'hui nettement établie; ainsi pas de généralisation, pas de métaphysique, la clinique seule suffit. Ce fut là cependant le point de départ de la doctrine des diathèses modernes.

II. *Rhumatisme et goutte; leurs rapports avec l'arthritisme.* — Le rhumatisme et la goutte aiguë, le rhumatisme et la goutte chronique, sont réputés appartenir à la même maladie, à l'arthritis. Pidoux considère les deux affections comme deux branches émanées d'un même tronc. Que devient le tronc? Il dégénère chez l'individu ou dans la race, et, par l'effet de croisements divers, affecte des formes *hybrides variées*, vagues et peu délimitées, qui sont l'herpétisme; c'est très clair. Gueneau de Mussy dit que la goutte est un état constitutionnel, qui prédispose au rhumatisme, lequel est accidentel!!! Heureusement Charcot s'exprime d'une manière nette sur les deux maladies qui répondent, quoique émanant d'un fond commun, à deux types distincts. Besnier ajoute qu'elles conservent leur individualité, et Grasset les sépare résolument.

Il est, en effet, à peu près démontré aujourd'hui que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie infectieuse qui se manifeste dans l'enfance ou dans l'adolescence, et n'empêche pas les rhumatisants de devenir goutteux dans l'âge adulte; le rhumatisme infectant ne prédispose pas à la goutte, dont il diffère totalement par son origine et sa cause effective. Je considère la question, selon l'opinion conforme de Grasset et de Lecorché, comme jugée dans le sens d'une scission complète; la confusion n'a régné jusqu'ici entre ces deux affections que par leurs analogies apparentes, et l'extrême difficulté de les distinguer par la séméiologie; il faut pénétrer pour ainsi dire dans la causalité; le rhumatisme aigu est une maladie spécifique; la goutte est une uricémie; on est d'accord sur ce dernier point. Qu'il agisse d'un excès de production d'acide urique (Garrod), ou d'une nutrition incomplète ou ralentie (Bouchard), il n'y a rien là de commun avec le rhumatisme aigu; la goutte chronique ne diffère pas moins du rhumatisme noueux par son origine. Je conclus, d'après tout ce que les chimistes et les microbiologistes nous ont appris, que ces deux maladies ne constituent ni un tronc commun, ni les branches de l'arbre : chacune a son autonomie, sa cause spécifique ou spéciale. Il y a plus : chacune a sa caractéristique. Le rhumatisme interne et la goutte viscérale n'ont rien de commun; aussi la clinique, d'accord avec les sciences exactes, proteste énergiquement contre la fusion de deux maladies en une entité fictive appelée arthritisme : il reste la goutte, il reste le rhumatisme qui n'agit pas sur le poumon et qui ne produit ni l'asthme ni la bronchite, quoi qu'en disent des thèses récentes.

III. *Arthritisme goutteux. — Ses préludes.* — Nous voilà en possession des données les plus précises sur l'arthritisme goutteux, c'est-à-dire sur le seul qu'il puisse revendiquer, le rhumatisme ayant passé dans la microbiologie. L'arthritisme, d'après la juste appréciation de Gueneau de Mussy, a pour type l'attaque de goutte franche; mais là ne s'arrête pas la goutte, dit le même auteur. Chez les goutteux ou dans leur race, on voit, dit-on, alterner ou coïncider avec la goutte arti-

culaire typique des névroses (hypochondrie, asthme, névralgies, migraine, hystérie), des dermatoses et des catarrhes, les gravelles biliaires et urinaires ; finalement, le cancer termine souvent ces existences si bien remplies. De tout ceci, nous retenons l'asthme arthritique, qui, nous le savons, est une rare éventualité, et la bronchite chronique, qui est, au contraire, des plus fréquentes chez le goutteux, non parce qu'il est goutteux, mais parce qu'il a des lésions goutteuses cardio-vasculaires, d'où dérive le catarrhe.

Arthritisme goutteux larvé. — Bouchard dit avec un grand sens : « Il s'est établi une confusion dans les maladies antécédentes, parallèles ou secondaires de la goutte, et l'on a admis avec trop de facilité des gouttes larvées, rétrocédées ; une immense confusion obscurcit cette question. » Ce préambule n'empêche pas notre ami de prévoir de bien loin la goutte par les maladies antécédentes de la première enfance, de la deuxième enfance, de l'adolescence, etc. L'enfant prédestiné à la goutte, né de parents manifestement goutteux, aura parfois, au milieu d'une santé réellement parfaite, des éruptions eczémateuses ou impétigineuses ; plus tard, il sera sujet aux rhumes, aux bronchites remarquables par l'intensité de leur début, par leur courte durée ; puis viennent les angines tonsillaires, l'urticaire. Or, « ces accidents morbides ne seront pas goutteux, car ils se retrouvent avec des caractères identiques chez des individus qui ne seront pas goutteux. » Pourquoi alors les considérer comme des préludes de la goutte ? Entre douze et quinze ans, survient souvent le rhumatisme articulaire aigu, que le médecin ne confondra pas avec la goutte ; si le même praticien assiste plus tard au développement de la goutte véritable chez le même individu (je cite textuellement), il « saura distinguer non pas les deux phases différentes d'un même mal, mais deux maladies différentes. » Donc le rhumatisme n'est pas prémonitoire de la goutte.

Après quinze ans, les migraines et les épistaxis ; si l'adolescent est devenu un homme, il paye son tribut à la *blennorrhagie* (avec ou sans gonococcus). A partir de vingt-cinq ans, on voit apparaître l'eczéma des doigts avec des retours printaniers, puis toutes sortes d'eczémas permanents. C'est bientôt l'âge de la dyspepsie flatulente qui est le premier accident chronique parmi toutes ces maladies qui se succèdent chez l'individu prédisposé à la goutte ; à mesure que les troubles digestifs s'accusent, on voit se produire les dépôts uriques ou uratiques dans les urines ; est-ce la gravelle vraie ? est-elle d'origine dyspeptique ou goutteuse ? C'est là que commencerait l'uricémie.

J'arrive à la fin de ce long martyrologe ; l'adulte prend des bronchites sifflantes avec oppression, expectoration glutineuse, adhérente ; voilà l'asthme aux approches de la goutte. Pourquoi cet adulte en serait-il plus exempt ou plus tributaire que tout autre adulte ? rappelons-nous les chiffres de Bouchard lui-même, qui, sur 100 goutteux, trouve 9 asthmatiques, et les statistiques de Lecorché, qui, sur 150 goutteux, compte 5 asthmatiques, ce qui fait 3,23 asthmatiques sur 100 arthritiques ; c'est donc l'exception qui constitue décidément la règle.

IV. *Diathèse arthritique.* — A défaut de manifestations goutteuses, on a eu recours à la diathèse, disposition morbide (Galien, Chomel) qui n'est jamais la maladie, mais peut devenir l'affection morbide (Grasset). A quels signes donc reconnaîtra-t-on la diathèse ?

V. *Misères de l'arthritique.* — A défaut de signes valables, on a, dans ces derniers temps, imaginé de caractériser l'arthritisme par ses tendances congestives et névrotiques, la diathèse deviendrait congestive pour les uns et névrosique pour les autres ; tous les goutteux seraient ainsi exposés sans cesse aux congestions, aux hémorrhagies, aux hémorrhoïdes ou en proie à tous les accidents du nervosisme, à la tristesse, à l'hypochondrie, à la gastralgie, aux névralgies, à la migraine ; ils n'échapperaient qu'aux inflammations : ce serait là un double critérium, qui est fort contestable ; il ne me paraît pas admissible qu'on déclare goutteux un individu qui a des saignements de nez ou des maux de tête, ou des flatulences stomacales. Tant que la diathèse ne s'est pas manifestée, personne ne saurait la reconnaître ; quand elle apposera sa signature sur les articulations, personne n'en doutera.

Photographie du diathésique. — Mais le dernier mot n'est pas encore prononcé ; l'arthritique a des traits tellement caractéristiques qu'on reconnaît sa diathèse à son facies et à ses habitudes ; voici, d'après Gérin-Roze, un excellent élève de Bazin, les principaux caractères qui peuvent servir à reconnaître la constitution arthritique : tempérament sanguin, surtout lymphatico-sanguin ; facies coloré, barbe généralement *fournie*, yeux facilement injectés. Système musculaire développé, cou court, épaules larges, corps plein et robuste, gros os, transpiration exagérée, intertrigo, chute prématurée des cheveux, tendance à l'obésité, et, malgré cela, appétit modéré. Urines briquetées, tendance aux fluxions, congestions, hémorrhoïdes. Voilà la diathèse photographiée à l'extérieur et à l'intérieur ; il n'y a plus à s'y méprendre.

DES DIFFÉRENCES ÉTIOLOGIQUES DES BRONCHITES CHRONIQUES. — BRONCHITES DIATHÉSIQUES. — Les bronchites chroniques sont primordiales, ou cardiaco-vasculaires ou diathésiques.

Histoire des bronchites diathésiques. — Dans une excellente thèse sur les rapports des bronchites avec les maladies constitutionnelles, Schlemmer arrive à cette double conclusion, que les bronchites aiguës, subaiguës ou chroniques sont habituellement sous l'influence d'un état diathésique et que cette diathèse imprime à l'affection broncho-pulmonaire des caractères spéciaux, sinon pathognomoniques. Examinons ces deux propositions, en les restreignant aux catarrhes chroniques, qui sont particulièrement en question.

Origines et caractères diathésiques. — Il y a, dit-on, quatre espèces de bronchites chroniques dues à un vice constitutionnel, à savoir : les bronchites arthritiques, dartreuses, scrofuleuses, syphilitiques. Discutons les bronchites syphilitiques brièvement ; les autres bronchites seront étudiées à chaque âge auquel elles correspondent.

I. *Bronchites syphilitiques.* — On peut, et on doit éliminer les bronchites chroniques des syphilitiques ; elles ne diffèrent, dit Schlemmer, des bronchites communes que par des phénomènes de cachexie. Le syphilitique présente deux genres de lésions des muqueuses respiratoires qui n'ont rien de commun avec la bronchite vulgaire ; il peut être atteint d'affections *ulcéreuses* trachéo-bronchiques qui font partie de la syphilis pulmonaire. D'une autre part, il est sujet, en raison des endo-artérites syphilitiques, qui sont si fréquentes, à contracter le catarrhe bronchique, d'origine passive, qui n'est qu'un effet indirect de la lésion cardiaco-vasculaire.

En dehors de ces deux catégories, il n'existe pas de bronchite chronique de nature virulente qui soit influencée par la médication antisyphilitique.

II. *Bronchite arthritique.* — En dehors de l'asthme nerveux, Charcot reconnaît les lésions pulmonaires permanentes, le catarrhe et l'emphysème, avec des alternatives d'exacerbations et de rémissions, qui correspondent à l'évolution des accidents articulaires. Sont-ce des bronchites uricémiques ou cardio-vasculaires?

Caractères distinctifs. — Les bronchites uricémiques seraient remarquables par leur caractère congestif, l'intensité de la dyspnée, les *allures quinteuses* de la toux (Schlemmer), un aspect visqueux de l'expectoration, la brusquerie de leurs récidives en hiver et en été, ses changements *barométriques*, et, dans bien des cas, l'alternance avec la goutte articulaire. Ce ne sont certes pas les allures quinteuses, ni la brusquerie, ni le baromètre qui constituent le privilège de la goutte bronchique; ce ne sont pas davantage ces odeurs *aigrelettes* de l'expectoration, ni les variations *thermiques* des rechutes *en hiver*, ni la lenteur de leur début qui forment le fond de la bronchite rhumatismale. S'il n'y avait pas d'autres signes de l'arthritisme uricémique ou de l'arthritisme rhumatique, il vaudrait mieux clore cette description des bronchites goutteuses, qui sont uniquement sons l'influence du cœur et des vaisseaux, et rayer cette étonnante caractéristique des bronchites rhumatiques, qui attendent leur jugement, malgré Lebreton.

La vérité est dans l'alternance de la bronchite goutteuse avec la goutte articulaire; si la goutte existe, il faut en tenir compte; s'il y a coïncidence simple, il faut la discuter, et rechercher surtout l'origine première de la bronchite dans la circulation artérioveineuse.

Si la goutte est *abarticulaire*, et se borne par exemple à la gravelle ou à la pierre vésicale, ou à la néphrite goutteuse, je dirai dans le premier cas que la gravelle ne prouve pas toujours la goutte, que la pierre de Greenhow amoindrissant l'asthme bronchique constitue un singulier dérivatif, et qu'enfin la néphrite souvent albumineuse entraîne une bronchite du même genre (Lasègue); mais je ne reconnais pas là le moindre signe d'une bronchite spéciale ou spécifique.

Il n'y a de spécial dans la broncbite goutteuse que sa permanence, comme le dit Charcot, et elle tient aux stases veineuses, aux congestions passives, qui favorisent ou déterminent la formation des exsudats bronchiques. Ainsi tont le problème des bronchites chroniques semble se simplifier; l'hyperémie passive en est le substratum. Il en résulte que, quand on a affaire à un catarrhe chronique ou bien aux bronchites à répétition, il faut avant tout s'enquérir de l'état des vaisseaux, et ce n'est qu'après avoir reconnu l'intégrité de l'appareil cardio-vasculaire qu'on est en droit de conclure à l'existence d'une bronchite primordiale, ou bien d'une bronchite spécifique.

Il y a une autre raison pour simplifier ainsi les notions relatives à la causalité de ces irritations chroniques des organes respiratoires: c'est qu'il est impossible, par les recherches les plus minutieuses, d'établir une distinction au point de vue des symptômes entre les diverses espèces de bronchites; qu'elles soient primitives, qu'elles soient cardiaques, l'appareil symptomatique, c'est-à-dire la constatation de la sécrétion muqueuse par l'auscultation ou par les troubles fonctionnels sera toujours la même. La notion étiologique peut seule nous éclairer.

Or, à cet égard même les doutes sont permis; en effet, qu'est-ce qui prouve que chez un goutteux il ne puisse y avoir une bronchite accidentelle qui, par conséquent, n'a rien de commun avec la constitution du malade?

III. *Des bronchites herpétiques.* — Les bronchites herpétiques sont encore plus exposées à la discussion que les bronchites sèches de l'arthritisme. — L'école de Vienne les nie; Roger n'admet pas la gourme des bronches; Hardy considère comme rares les bronchites dartreuses, et n'y croit que quand il y a balancement entre la dermatose et le catarrhe, entre l'exanthème réel et l'exanthème supposé. Dans ces cas, si on veut guérir la peau sans la bronchite, on aggrave la situation; l'arsenic et les sulfureux ont, d'après Hardy, le privilège d'atteindre les deux éléments. Il y a ensuite la guérison du catarrhe; l'iode et la térébenthine, si contraires aux dartreux, sont éminemment utiles aux broncho-dartreux. Le procédé inverse est à noter: modifier la peau sans le catarrhe; craignez alors la légende de la métastase. Un troisième *modus faciendi*, en effet, consiste à rappeler l'excitation vers la peau, quand la dermatose a disparu; c'est un remède théorique. Kaposi repousse l'idée et le traitement; Quinquand hésite, et Besnier encore plus. — Aussi la clinique laisse le jugement en sursis et ne trouve pas un seul moyen de solution.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA PSEUDO-SCROFULE, par le docteur EDMOND CHAUMIER de Pressigny-le-Grand.

Suite et fin. — Voir les numéros 32, 33 et 41.

III

LE FURONCLE, LE PANARIS, LA TOURNIOLE.

Historique. — Les auteurs ne sont guère d'accord sur l'étiologie du furoncle et du panaris. La plupart font du panaris une inflammation simple, un abcès du doigt. Le furoncle a été regardé par les uns comme le résultat de la malpropreté, par les autres comme l'aboutissant de la meurtrissure. D'autres enfin ont prétendu que le furoncle était une manifestation du diabète, que tout furoncueux était diabétique.

On ne consulte guère le médecin pour le furoncle et le panaris; il y a des gens qui guérissent cela *par secret*; il n'est donc pas étonnant qu'on soit resté ignorant de la cause de ces affections. Cependant, certains auteurs ont publié la relation d'épidémies de furoncles et de panaris, et sont arrivés à croire à une cause générale, à un vice de l'air ou à un contage.

Fernando Weyler (1) rapporte une épidémie qu'il observa pendant l'automne de 1852. Les furoncles, les antbrax, les panaris, n'épargnaient ni sexe, ni profession.

Dans une *note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire et particulièrement du panaris, du furoncle et de l'anthrax*, lue à la SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE par le docteur Tholozan (2), on trouve une certaine quantité de faits très remarquables observés par Martin (3), Hamilton Kinglake (4),

(1) GAZ. DES HÔP., nº 58, 1853.
(2) GAZ. MÉD. DE PARIS, 1er janvier 1853.
(3) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉD. MILIT., t. LVII, 1844.
(4) DUBLIN MEDICAL PRESS, july 28, 1852.

Hunt (1) et Ravaton (2), et qui prouvent la parenté du furoncle, de l'anthrax et du panaris, et leur épidémicité.

Fonssagrives (3) regarde le furoncle, le panaris et l'anthrax comme des déterminations locales d'une même cause : la viciation putride de l'atmosphère ; il a vu lui-même des épidémies de ces maladies.

Czernicki (4) a observé dans une année 228 cas de furoncles ou affections cutanées de même genre dans un régiment de cavalerie ; il attribue ces affections à la malpropreté.

Pasteur (5) a découvert dans le furoncle un microbe spécial et a montré ainsi sa spécificité. Lœwenberg (6) et Trastour (7) ont publié des faits très évidents de contagion.

Enfin, au dernier Congrès de chirurgie de Paris (8), Socin (de Bâle) a raconté une expérience faite par Garri sur lui-même, et qui tendrait à prouver que le microbe du furoncle est le même que celui de l'ostéomyélite.

Si cela était, l'ostéomyélite devrait être regardée comme une manifestation de la pseudo-scrofule, car le même microbe doit produire les différentes manifestations de cette maladie.

Relations du furoncle et du panaris avec l'impétigo. — Les auteurs que j'ai cités ont certainement prouvé l'épidémicité et la contagiosité du furoncle et du panaris ; ils n'ont pas vu la parenté de ces affections avec les autres manifestations de la pseudo-scrofule.

Je crois nécessaire de rapporter ici un certain nombre d'observations, afin de ne laisser aucun doute dans les esprits :

1. — Durand, fille, 6 ans. — Pendant l'épidémie d'impétigo de la Celle-Guenaud, cette petite fille s'écorcha la figure et la main droite en tombant. Les jours suivants, il lui survint sur les endroits écorchés du mal semblable à celui des autres enfants ; au bont des doigts, il lui vint du mal blanc (tourniole). L'ongle du pouce droit tomba, puis repoussa. Pendant la maladie de cet enfant, son père, qui s'était piqué un doigt, vit se développer un panaris profond. Le doigt voisin eut une tourniole : l'ongle tomba.

2. — Au mois d'octobre 1883, l'enfant Delaunay, 4 ans, fut atteint d'impétigo de la face ; il eut aussi du mal aux mains et aux pieds, et une tourniole au gros orteil gauche. L'ongle tomba.

3. — Descloux, sabotier. — Eruption de furoncles, tourniole, ganglion axillaire ; sa nièce a de l'impétigo et deux tournioles à une main. Un ongle a tombé.

4. — Brisson, cordonnier. — L'enfant a de l'impétigo ; la mère, une tourniole ; la grand'mère, une croûte au poignet.

5. — Gandoin. — Cette petite fille a de l'impétigo de la face et du cuir chevelu, une tourniole à un petit doigt.

6. — Chaumin, frère et sœur, ont de l'impétigo. Le frère a du mal blanc au bout de tous les doigts. Les ongles n'ont pas tombé.

7. — Moussier, 18 ans. — Traces de furoncles à la jambe gauche et en arrière du cou ; furoncle sur le côté du cou. Sur la main gauche, taches rouges résultant de croûtes d'impétigo venues à la suite de plaies. Un autre jeune homme de la même maison a eu un furoncle au cou.

8. — Durand, 2 ans et demi. — Pouce gauche, tourniole qui n'a pas envahi l'ongle ; croûtes à l'entrée des narines ; un petit furoncle à la marge de l'anus.

9. — Dubois, femme, à Abilly. — Furoncle sur un bras. Un enfant a des croûtes sur le cuir chevelu. Le mari a eu des furoncles.

10. — Marteau. — Deux filles ont eu de l'impétigo ; une a eu un petit furoncle terminé par une croûte. La mère a des croûtes à la face ; elle a eu des tournioles à deux doigts.

11. — Dubois, au Rivau. — Une jeune fille a eu des tournioles aux deux pouces et à un petit doigt, et quelques croûtes à la figure. Quatre autres personnes dans la maison ont eu de l'impétigo.

12. — La petite fille Maurice a de l'impétigo de la face et du cuir chevelu. La mère a une croûte d'impétigo au menton ; elle a également à l'index gauche une tourniole qui a envahi une portion de l'ongle sur le côté.

13. — Fille Charcelay, domestique. — Panaris sous-cutané ; deux trous d'où sort du pus ; impétigo aux mains et à la face. A eu à un doigt une bulle, comme une tourniole. Plus tard, l'ongle du doigt malade a tombé. Cinq autres personnes de la maison avaient de l'impétigo.

14. — Marin. — Trois enfants ont eu en même temps de l'impétigo. Le père, des lésions de même nature aux mains, à la suite d'écorchures. La mère a une tourniole. Deux des enfants ont des furoncles en même temps que les croûtes.

15. — Morise, 6 ans. — Impétigo de la face ; tournioles aux doigts. Deux ongles de la main gauche et un de la main droite ont tombé. L'ongle du pouce droit a été un peu soulevé du côté de la matrice de l'ongle.

16. — Grateau, 20 ans. — Panaris profond, suite de piqûre ; impétigo à une jambe.

17. — Roy. — Deux enfants ont de l'impétigo ; la mère, un petit furoncle.

18. — Verna. — Six personnes ont de l'impétigo. Le père a un panaris sous-cutané ; une petite fille a deux fois de suite une tourniole au même doigt ; l'ongle tombe deux fois.

19. — Billard-Prudent. — Petite fille avec une tête couverte d'impétigo : tourniole à la face dorsale du médius gauche, rien à l'ongle. La sœur a eu de l'impétigo, il y a quelques mois.

20. — Bardon, fille, 24 ans, domestique. — Un furoncle au bras, deux autres en voie de guérison. Le 24 juin, est entré dans la maison un domestique qui avait un mal au pouce droit ; l'ongle a tombé. L'autre garçon domestique n'avait rien en ce moment ; il lui survint bientôt des croûtes jaunes à la figure, des maux aux mains, et un très gros furoncle au ventre.

21. — Chevrier. — Plaies aux mains avec épiderme décollé autour ; sa femme, à la suite d'une piqûre sous l'ongle, a vu suinter d'abord du pus, puis l'ongle s'est décollé et a tombé ; l'épiderme a été décollé sur toute la longueur du pouce. Dans le même village, des petits-cousins avaient de l'impétigo.

22. — Galland, fille, 9 ans. — A eu de l'impétigo à l'oreille et au cuir chevelu ; un furoncle à la cuisse gauche ; son frère a eu également de l'impétigo.

23. — Les deux enfants Papillot ont eu de l'impétigo ; on voit encore des traces rouges à la face ; la mère a eu une tourniole à un doigt ; tout le bout du doigt a pelé, l'ongle a été un peu endommagé sur le côté.

24. — Bonamy, fille, en même temps que son impétigo, a eu une tourniole au pouce droit ; l'ongle a tombé.

25. — Bourlon. — Croûtes à la lèvre ; furoncle à la paupière ; bulle à la main.

26. — Boué, 15 ans. — Furoncle et impétigo de la face.

27. — Vergé, fille, 30 mois. — Tourniole, un ongle a tombé. Cinq personnes de la maison ont de l'impétigo.

28. — Gardreau, fille, 6 ans. — Impétigo, tourniole à l'index

(1) MEDICAL TIMES AND GAZETTE. THE LANCET, aug. 14, 1852, vol. II, p. 149.

(2) *Pratique moderne de la chirurgie*, t. III, art. PANARIS.

(3) *Hygiène et assainissement des villes*, Paris, 1874.

(4) *L'année médicale d'un régiment de cavalerie* (RECUEIL DE MÉMOIRES DE MÉD., DE CHIR. ET DE PHARM. MILIT., 1876.)

(5) Acad. des sciences, 1880.

(6) *Le furoncle de l'oreille et la furonculose*. PROGRÈS MÉDICAL, 1881.

(7) *De la contagion du furoncle*. BULLETIN GÉN. DE THÉRAP., 1880, p. 465.

(8) SEMAINE MÉDICALE, 1885.

gauche, l'ongle a tombé; toute la dernière phalange a été dépouillée d'épiderme. Deux autres personnes de la maison ont de l'impétigo.

29. — Dubois-Siré. — L'enfant a de l'impétigo de la face et du cuir chevelu, des croûtes sur les mains et sur les bras. La mère a un panaris profond avec nécrose de l'os.

30. — Deplais. — L'enfant a un panaris sous-cutané, puis de l'impétigo de la face et du cuir chevelu. Sa sœur a un furoncle au bras et des croûtes sur le cuir chevelu; d'autres parents ont de l'impétigo.

31. — Barault, à Grandmont. — La femme a eu un panaris au médius, l'ongle a tombé; sa mère a eu un panaris au pouce; il y avait plusieurs trous par où le pus sortait. Il y a de l'impétigo chez les voisins depuis longtemps; la domestique de la maison en a aussi; les deux enfants sont pris ensuite.

32. — Destouche a un panaris au médius à peu près guéri; les deux phalanges médianes ont été envahies; l'épiderme est enlevé sur presque toute leur étendue. La peau s'est percée d'abord à la face palmaire, à l'union du doigt avec la main. Il y a un trou à passer un grain de blé. Un autre trou s'est formé au côté externe. A l'avant-bras, un furoncle percé d'hier; un autre gros furoncle au bras. A l'autre main, il y a une petite plaie d'écorchure autour de laquelle l'épiderme est décollé, soulevé par du liquide. Chez lui, une petite fille a sur la main une tache rouge d'impétigo, et, à la face palmaire, une bulle en voie de guérison.

33. — Cartier — Impétigo de la face. La mère a des taches sur les mains à la suite de croûtes, et un furoncle à la ceinture.

34. — Chartier, 2 ans. — Impétigo, deux tournioles, un ongle envahi d'un côté; la mère et la sœur ont de l'impétigo.

35.—Billard.—Impétigo vaccinal, tourniole. Le père, la mère et deux frères ont de l'impétigo.

36. — Gavry. — Impétigo et petits furoncles sur la face. Petit furoncle dans le conduit auditif gauche.

37.—Moreau —Plusieurs enfants ont eu de l'impétigo. La mère a eu des plaies aux mains avec l'épiderme décollé sur les bords; tourniole qui a respecté l'ongle. Elle a actuellement un peu de suppuration sous-cutanée à côté de l'ongle.

38. — Marin, 2 ans et demi. — Impétigo de la face, du cuir chevelu, de la poitrine, des mains; tourniole de l'annulaire droit, chute de l'ongle.

39.—Drault, 12 ans. — Impétigo du cuir chevelu, furoncles sur le tronc. Sa sœur a de l'impétigo.

40.—Doucet, 9 ans.—Croûtes à la face. Son père a deux panaris et une main couverte de croûtes.

Je pourrais encore allonger cette liste de faits, mais, je crois, sans bénéfice.

Je n'ai pas parlé jusqu'ici de l'echthyma; cette affection est un intermédiaire entre la croûte isolée d'impétigo et le furoncle, et est nécessairement souvent confondue avec l'une ou l'autre de ces lésions. Je l'ai rencontrée un grand nombre de fois, et je pourrais produire des observations probantes démontrant qu'elle est une manifestation de la pseudo-scrofule.

Les auteurs qui ont relaté des épidémies de furoncles et de panaris ont observé en même temps et chez les mêmes sujets des abcès des membres. En dehors des abcès ganglionnaires, on voit quelquefois des abcès sur le crâne, le tronc ou les membres, chez les pseudo-scrofuleux. Je pourrais citer un certain nombre d'exemples.

IV

La pseudo-scrofule des muqueuses.

Les muqueuses ne sont pas plus respectées que la peau par la pseudo-scrofule. Les petites vésicules qui produisent l'impétigo sur la peau produisent également des croûtes sur les lèvres, à l'entrée et même dans l'intérieur des narines, dans le conduit auditif; souvent, dans ce dernier cas, il y a un suintement abondant qui ne forme des croûtes qu'à l'orifice.

Sur les bords des paupières, les mêmes vésicules arrivent à former des croûtes, parfois très fines, mais souvent la sécrétion qui en résulte est très abondante, agglutine les cils, unit les deux paupières et amène l'occlusion des yeux. Cette dernière lésion dure parfois très longtemps et est considérée par tous les auteurs comme une lésion scrofuleuse.

Sur la conjonctive et sur la cornée, la pseudo-scrofule produit les vésicules blanches entourées d'un pinceau de vaisseaux (pustule de la conjonctive et de la cornée) qui amènent de la photophobie parfois intense et qui se terminent si souvent par des opacités.

Les furoncles du bord des paupières et du conduit auditif ne sont pas rares. Vernenil a décrit des furoncles du palais. J'ai vu moi-même des vésicules sur la langue que j'ai cru devoir rapporter à la pseudo-scrofule.

V

Marche de la maladie. — Traitement.

Je n'ai pas eu l'intention de faire ici l'histoire détaillée de la pseudo-scrofule. J'ai voulu seulement donner des preuves de son existence et indiquer la place qu'elle doit occuper dans la pathologie. Je terminerai par quelques considérations sur sa marche, sa gravité et son traitement.

La pseudo-scrofule est une maladie infectieuse à longue échéance. Il arrive quelquefois que des lésions impétigineuses disparaissent en quinze jours ou trois semaines, mais c'est très rare. Le plus souvent, elles durent un mois et demi ou deux mois; mais parce que les croûtes d'impétigo sont tombées et ont été remplacées par des taches rouges, il ne faut pas croire à une guérison complète: l'infection persiste encore, et la preuve c'est que souvent la maladie se manifeste de nouveau par une nouvelle poussée de vésicules ou par une autre lésion. On voit quelquefois la maladie durer six mois, un an, deux ans et plus, les lésions disparaissant et revenant à la même place ou à des endroits plus ou moins éloignés.

Bien que la pseudo-scrofule produise des lésions fort différentes les unes des autres, on ne peut pas, comme à la syphilis, lui assigner des périodes; toutes les lésions peuvent être primitives: elles sont différentes suivant les tissus atteints. La lésion (microbienne) est une, mais les tissus malades réagissant chacun à leur manière produisent des lésions en apparence différentes: l'impétigo, le furoncle, le panaris, peut-être l'ostéomyélite, etc.

Une première atteinte de pseudo-scrofule n'exempte pas d'une seconde. J'ai vu des sujets atteints dans plusieurs épidémies successives.

Sans parler de la gravité de l'ostéomyélite, dont il est peut-être prématuré de parler ici, je ne saurais taire la gravité du furoncle, de l'anthrax, du panaris, laisser ignorer que la mort peut être le résultat des deux premiers, que des infirmités sérieuses peuvent résulter du dernier.

On connaît la gravité des affections de la cornée qui peuvent déterminer la cécité au moins incomplète. Les abcès du sein qui viennent entraver l'allaitement peuvent être indirectement une cause de mort pour le nourrisson. L'impétigo même, surtout celui du cuir chevelu, par sa durée parfois fort longue, par les suppurations ganglionnaires qu'il peut entraîner, affaiblit considérablement l'organisme du malade et l'expose par suite à de nouvelles infections. Les plaies superficielles qu'il détermine sont autant de portes d'entrée à l'érysipèle — ce qui est fréquent — à la diphtérie, etc.

Comme la maladie est éminemment contagieuse, il serait très utile d'isoler les malades, de surveiller très attentivement tous les groupes d'individus, les écoles, les ateliers, etc., et d'éliminer tous ceux qui sont atteints de psendo-scrofule à un degré quelconque, car celui même qui n'a qu'une toute petite croûte est un foyer d'infection pour ses voisins et peut occasionner chez eux des accidents graves.

On ne connaît pas plus de contre-poison pour la psendo-scrofule que pour la variole et la plupart des maladies infectieuses. Jusqu'à ce jour, on s'est contenté de panser les lésions extérieures : cataplasmes, pommades, toile de caoutchouc ou taffetas gommé pour l'impétigo; cataplasmes, incisions, pour le furoncle, l'anthrax, le panaris, l'abcès; poudre de calomel, pommades, collyres, pour les affections oculaires, etc.

Dans beaucoup de cas, la guérison survient assez vite, et le médecin est tont fier de son succès, alors que la lésion a suivi son évolution normale et aurait tout aussi bien — ou tout aussi mal — guéri sans son intervention.

On se convaincra facilement de cela, si, comme je l'ai fait, surtout pour ce qui regarde l'impétigo, on soigne classiquement un côté du corps, tandis qu'on néglige l'autre; les deux guériront en même temps.

Un médecin belge, M. Dumoulin, a tenté de guérir l'impétigo par un traitement interne, à l'aide du sulfate de cuivre. Bien que la lecture de son mémoire ne m'ait pas convaincu, j'ai soigné, d'après ses indications, un certain nombre de pseudo-scrofuleux, et, je dois l'avouer, je n'ai obtenu aucun résultat, c'est-à-dire que les malades ont guéri, mais pas plus vite qu'ils ne l'auraient fait sans traitement.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

(Communications faites à la section de pharmacologie au 58e Congrès des naturalistes et des médecins allemands.)

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

IX. Sur l'élimination du bismuth par l'intestin, par M. Hans Meyer (1). — X. Un nouveau mode de préparation de la liqueur de Fehling. — Action physiologique et thérapeutique de l'uréthane, par le professeur Schmiedeberg, de Strasbourg (2).

(Communications faites à la section de dermatologie et de syphilis.)

XI. Injections sous-cutanées de calomel dans le traitement de la syphilis, par le docteur Neisser (3). — XII. Injections sous-cutanées de serum-albuminate de mercure dans le traitement de la syphilis, par le docteur Bockhart, de Wiesbade (4). — XIII. Emploi du savon mercuriel mou dans le traitement de la syphilis, par le docteur Schuster, d'Aix-la-Chapelle (5). — XIV. L'iodol, une nouvelle préparation iodée, par le docteur Wolff (6).

IX. M. Hans Meyer a empoisonné des mammifères et des oiseaux en leur injectant des sels de bismuth sous la peau ou dans une veine. A l'autopsie, le gros intestin et ses annexes étaient, chez tous ces animaux, le siège d'une teinte noire foncée; souvent il existait en outre de vastes foyers de nécrose sur la muqueuse du gros intestin, tandis que l'estomac et l'intestin grêle avaient conservé leur état normal. L'analyse chimique de la paroi intestinale et du contenu de l'intestin a démontré que le tube digestif, sur toute son étendue, avait servi de voie d'élimination au bismuth, mais que cette élimination avait été de beaucoup plus active à la surface du gros intestin, et que le métal avait été éliminé à l'état de sulfure. En faisant préalablement ingérer aux animaux des préparations de soufre, l'élimination du bismuth fut augmentée à travers l'estomac et l'intestin grêle; la paroi de l'estomac était fortement pigmentée en noir. D'où l'auteur conclut, que la présence de l'acide sulfhydrique favorise l'élimination du bismnth en précipitant le métal en circulation dans les capillaires de l'intestin à l'état de sulfure insolnble, qui joue ensuite le rôle de corps étranger. Autrement le métal rentre dans le torrent circulatoire, pour ensuite être éliminé en majeure partie par les reins. Et comme les foyers de nécrose et les ulcérations ont été rencontrés presque exclusivement sur les portions du tube digestif au niveau desquelles la pigmentation atteignait sa plus grande intensité, on est conduit à cette autre conclusion que la précipitation du bismuth dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale a donné naissance à ces complications ulcéreuses, le métal précipité déterminant par places l'oblitération des capillaires et des vaisseaux les plus ténus. D'ailleurs, en faisant ingérer simultanément aux animaux des sels de bismuth et des substances propres à faire dégager de l'hydrogène sulfuré, on n'a observé ni escharification ni ulcération, ni pigmentation de la muqueuse, évidemment parce que le bismuth et l'hydrogène sulfuré, en se combinant, se neutralisaient mutuellement.

D'après l'auteur, il est vraisemblable que dans l'intoxication mercurielle l'inflammation et la nécrose de la muqueuse gastro-intestinale est, d'une façon analogue, sous la dépendance des fermentations putrides qui font dégager de l'acide sulfhydrique. On sait d'ailleurs qu'on prévient le développement de la stomatite mercurielle, par l'usage de dentifrices et de collutoires antiseptiques ayant la propriété de détruire l'acide sulfhydrique. Peut-être réussira-t-on, à l'aide des mêmes moyens, à prévenir l'entérite et la nécrose du gros intestin, qui surviennent à titre de manifestations de l'intoxication mercurielle.

X. M. Schmiedeberg a fait connaître une *modification dans la préparation de la liqueur de Fehling* : 34 gr.,632 de sulfate de cuivre cristallisé sont mis en dissolution dans 200 c. c. d'eau. En même temps, on fait dissoudre, dans un autre récipient, 15 grammes de mannite dans 100 c. c. d'eau. On opère le mélange des deux solutions et on y verse 480 c. c. de lessive de soude, ayant pour densité 1,145. On ajoute la quantité d'eau nécessaire pour faire un litre. Quand elle est préparée avec de la mannite pure, cette liqueur a, sur la liqueur de Fehling ordinaire, l'avantage précieux de se conserver beaucoup plus longtemps.

M. Schmiedeberg a exposé ensuite les *propriétés physiologiques de l'uréthane*, en expérimentant devant l'assistance, sur des lapins et des pigeons. Cette communication, qui sera publiée intégralement *in* Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie, sera analysée dans un des pro-

(1) Tageblatt der 58ten Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Strasbourg, 1885, p. 157.
(2) Ibidem, p. 281.
(3) Ibidem, p. 286.
(4) Ibidem, p. 288.
(5) Ibidem, p. 292.
(6) Ibidem, p. 446.

chains numéros de la Gazette médicale, ainsi que la communication de M. Jacksch, relative aux expériences poursuivies dans les hôpitaux de Vienne avec l'uréthane employé comme narcotique.

XI. M. Neisser a communiqué les résultats obtenus dans son service en traitant des syphilitiques, d'après la méthode de Scarenzio, de Kœlliker et de Simonds, par les injections sous-cutanées de calomel. Le nombre des malades qui ont fait l'objet de ces expériences a été de 106, dont 39 hommes et 67 femmes, auxquels il faut ajouter 16 personnes (15 b., 1 f.) traitées en ville. Le mode d'emploi des injections qui paraît devoir être préféré est celui qui consiste à faire, en tout, de 4 à 6 injections d'une solution dont voici la formule :

Rec. Calomel.
Chlorure de sodium. } āā 5 parties.
Eau distillée. 50
Mucilage de gomme arabique 2,5

M. — L'addition d'un peu de cétra à ce mélange a pour avantage d'y maintenir le calomel à l'état d'extrême division et de rendre superflue l'addition du mucilage de gomme dont l'emploi semble augmenter l'effet douloureux des piqûres.

La quantité de calomel injecté à chaque séance doit être de 1 décigramme. — Les injections seront pratiquées à raison d'une seule toutes les semaines, ou de deux coup sur coup tous les quinze jours. Le poids total de calomel injecté à la suite des quatre ou six injections n'équivaut pas tout à fait à 0,4-0,6 de calomel, parce qu'il s'opère toujours un petit dépôt dans la seringue, même quand on a la précaution d'agiter soigneusement le contenu; à savoir aussi, que dans la solution il se forme inévitablement de petites quantités de sublimé, sans importance en égard au résultat thérapeutique, mais dont l'effet est d'empêcher l'apparition de microorganismes dans le liquide.

Les injections seront faites de préférence dans la région fessière ou sur les parties latérales du dos.

Les observations recueillies par M. Neisser attestent que les injections sous-cutanées de calomel, pratiquées d'après les règles qui viennent d'être dites, constituent, avec les frictions mercurielles, la médication antisyphilitique la plus efficace et la plus énergique. Le calomel déposé sous la peau se transforme lentement et progressivement en bichlorure de mercure, dont la résorption complète exige un délai de plusieurs semaines. Par conséquent, l'organisme subit une imprégnation mercurielle lente, mais durable. D'après Neisser, cette méthode de traitement est tout particulièrement indiquée :

1° Comme premier traitement spécifique à instituer dans un cas de syphilis, — et l'auteur est de ceux qui pensent que ce traitement, premier en date, a une influence considérable sur l'évolution ultérieure de la maladie.

2° Comme traitement à insituer contre les récidives graves, aussi bien contre celles qui éclatent à une période peu avancée (iritis, exanthèmes papuleux, squameux, etc.) que contre les accidents tardifs.

3° Lorsque l'on veut instituer un traitement à longue portée dans le sens de Fournier, traitement renouvelé tous les ans, pendant trois ou quatre années successives.

Le traitement a encore pour avantage, d'être d'un emploi commode chez les syphilitiques qui ne veulent pas interrompre leurs occupations. Il a comme inconvénients, d'être douloureux, de donner lieu à des infiltrations, parfois diffuses, autour des points de piqûre. Les abcès qui succèdent à ces infiltrations s'observent avec une fréquence plus grande qu'à la suite des injections d'autres préparations mercurielles (31 fois sur un total de 717 injections). Cette complication, quand elle survient, nuit aux résultats thérapeutiques du traitement, sans doute parce que le pus entraîne une certaine quantité de calomel.

D'autre part, la stomatite mercurielle s'est développée chez 15 malades traités à l'hôpital et chez 2 malades de la ville. Le plus souvent, elle n'est apparue que plusieurs semaines après la dernière injection de calomel.

L'administration interne des préparations iodées est sans influence sur l'efficacité et les inconvénients du traitement. Par contre, l'usage d'une alimentation très salée a paru exercer une influence salutaire sur les suites fâcheuses des piqûres.

XII. M. Bockhardt préconise l'emploi, en injections sous-cutanées, d'un albuminate de mercure préparé d'après les indications qui suivent : on extrait du sérum du sang (de bœuf), par le procédé connu, la sérum-albumine, avec laquelle on combine ensuite du sublimé et du chlorure de sodium. Ce sérum-albuminate est une préparation très stable. Injectée sous la peau, il ne développe qu'une douleur très modérée, moindre qu'avec toute autre préparation mercurielle. Les résultats thérapeutiques obtenus en traitant des syphilitiques par des injections de sérum-albuminate de mercure ont été aussi satisfaisants que ceux qu'on a attribués à l'emploi des autres combinaisons de mercure. Les injections sont si peu irritantes, que des personnes ayant l'habitude de monter à cheval ont pu les supporter sans renoncer aux exercices d'équitation.

M. Lipp a fait remarquer que, pour qu'il en soit ainsi, le sérum-albuminate de mercure doit être préparé avec un serum sanguin très limpide. D'autre part, M. Lipp a pu se convaincre de la grande efficacité antisyphilitique des injections de calomel, et il recommande de faire suivre les piqûres d'un massage local, destiné à répartir sur une plus grande surface le calomel injecté.

M. Lesser a fait savoir que les injections qu'il a pratiquées avec la nouvelle préparation de Bockhardt ont été très douloureuses. Il a ajouté que le meilleur véhicule à employer pour les injections sous-cutanées de calomel lui paraît être un mélange d'eau et de glycérine, dans la proportion de 6 pour 4.

XIII. M. Schuster a rappelé qu'il avait vulgarisé en Allemagne l'emploi, comme remède antisyphilitique, d'un savon mercuriel qu'il avait vu prescrire à la consultation de la Salpêtrière, par le professeur Charcot. Depuis lors, Oberlander en Allemagne, avait vanté comme étant supérieur au savon *dur*, de la Salpêtrière, un savon *mou* à la soude, dont il fit connaître les avantages et le mode de préparation. Après avoir acquis la conviction que ces avantages sont réels, M. Schuster a été amené, pour des raisons qu'il indique, à introduire dans la préparation du savon mercuriel mou, quelques modifications, et il indique les deux formules suivantes comme étant celles de deux savons mercuriels préparés par des pharmaciens d'Aix-la-Chapelle :

a. On triture dans un mortier 200 grammes de saindoux avec 100 grammes de liqueur de potasse caustique (poids spécifique : 1,33) et on opère la saponification du mélange *lege artis;* on y ajoute finalement 50 grammes d'eau. On prend

ensuite 200 grammes de mercure, qu'on triture soigneusement avec 100 grammes de saindoux, en versant dans la masse un peu de chloroforme. Puis on ajoute par petites portions les 300 grammes de savon; on mélange le tout avec soin, jusqu'à ce que la masse ait acquis la consistance de l'onguent gris (pharmacopée allemande). Ce savon doit avoir une réaction neutre : frotté sur la peau, il ne doit pas laisser déposer de gouttelettes de mercure visibles sous la loupe.

b. On prépare, *lege artis*, un onguent mercuriel contenant parties égales de mercure et de saindoux. On mélange cet onguent avec parties égales de savon blanc de potasse. Chauffer très légèrement, pour éviter que le savon laisse déposer des gouttelettes de mercure. La formule sera donc :

Rec. Mercure, axonge, savon blanc de potasse, parties égales;
Chauffer doucement et ajouter :
Liqueur d'hydrate de potasse, jusqu'à complète saponification.
Le mélange aura une réaction neutre.

Le savon mou de mercure s'étale très bien sur la peau, en se desséchant fort vite. Comme la friction doit durer 10 à 15 minutes, il faut de temps en temps mouiller le doigt qui frictionne. Le linge qui vient en contact avec les parties enduites est moins sali que quand on fait une friction à l'onguent mercuriel. De plus, une friction de dix à quinze minutes, pratiquée avec le savon, fait pénétrer dans l'organisme plus de mercure qu'une friction de vingt minutes de durée avec l'onguent mercuriel; naturellement, la stomatite et la diarrhée mercurielles sont plus fréquentes et plus promptes à survenir. Les résultats thérapeutiques obtenus par M. Schuster, chez les syphilitiques traités par des frictions au savon mercuriel mou, ont été au moins aussi satisfaisants que ceux que l'on obtient avec l'onguent mercuriel. Le mercure passe plus sûrement et en plus grande quantité dans l'organisme. Par contre, et c'est là l'inconvénient de ce mode de traitement, la stomatite grave est, comme il vient d'être dit, plus prompte à survenir.

XIV. La nouvelle préparation présentée par M. Wolff, sous le nom d'*Iodol*, a été découverte par MM. Ciamiccan et Dennstedt, en 1883. Elle prend naissance quand on fait agir l'iode sur le pyroll ($C^4 H^4 Az$) en présence de la potasse caustique. Elle a pour formule $C^4 I^4 AzH$; sa réaction est légèrement acide, comme celle des phénols; son prix de revient ne dépasse pas celui de l'iodoforme. Les échantillons présentés par l'auteur sont constitués par une poudre brune, amorphe, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool à froid, soluble à chaud dans l'alcool, l'éther et l'acide acétique, très soluble dans une solution alcoolique de soude et dans l'huile. Elle contient 80 0/0 d'iode; elle est absolument inodore.

Les expériences cliniques faites avec ce nouveau produit sont encore trop incomplètes pour qu'on puisse d'après elles juger la valeur de l'iodol. En applications topiques sur des chancres mous, l'iodol a produit les mêmes effets que l'acide salicylique en poudre. Un solution huileuse, à 10 0/0, injectée sous la peau, n'a déterminé aucune réaction locale; on a constaté le passage de l'iode dans l'urine. Administrée à l'intérieur, à la dose maxima de 0,16 grammes par jour, l'iodol n'a pas provoqué la moindre trace d'irritation intestinale.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Transport par chemins de fer des blessés et malades militaires. — Rapport présenté à l'administration des chemins de fer de l'État, avec 36 planches, par le docteur Paul Redard. — Paris, 1885. Oct. Doin, éditeur.

Le rôle des chemins de fer dans la stratégie moderne consiste à concentrer les troupes, à faire parvenir les armes, les munitions, les approvisionnements. Les wagons à marchandises de toutes nos grandes compagnies sont, à cet effet, prêts à subir une transformation simple et rapide. De ce côté tout a été prévu, tout est organisé. Il n'en est malheureusement pas de même pour le transport des blessés et malades militaires. Bien que tout le monde s'accorde sur la nécessité de les évacuer, de les disséminer à de grandes distances, la France en particulier ne possède encore aucun matériel pour ses trains sanitaires. C'est en 1859 que les voies ferrées furent pour la première fois utilisées dans ce but. Les avantages obtenus par les Américains pendant la guerre de sécession devinrent le point de départ de l'organisation qui leur permettrait de retirer aujourd'hui des résultats encore meilleurs, en cas d'un nouveau conflit. La question du transport des malades et blessés militaires, mise à l'étude en 1860 par le gouvernement prussien, était consacrée en 1866, 67, 68 et 69, par des circulaires réglant cette partie du service médical des armées. L'Allemagne possédait en 1870-71 un système d'évacuation admirablement organisé. Dans le nouveau règlement sur le service de santé en campagne de 1878, se trouvent des renseignements complémentaires de l'instruction du 29 juin 1869.

C'est par les voies ferrées que les Autrichiens évacuèrent leurs blessés sur Vérone et Vienne en 1859. Ils adoptaient en 1870 un règlement sur les transports militaires par chemins de fer dans l'empire austro-hongrois, où les moindres détails de service se trouvent consignés. Comme suite aux études entreprises dès 1866, le gouvernement russe publiait en 1875 une instruction détaillée sur le même sujet. Au lendemain de la guerre de 1877 paraissait un nouveau règlement sur le service de santé des armées en campagne, où les évacuations sont longuement traitées. En fait, la Russie possède à l'heure actuelle une organisation complète du service sanitaire pour le transport des blessés, et dispose en cas de guerre d'un matériel bien organisé et suffisant pour procéder à des disséminations rapides. La Suisse n'a une réglementation à ce sujet que depuis 1878. L'Angleterre en est encore dépourvue, bien qu'elle ait eu à se préoccuper de cette question durant la guerre des Indes. La Suède et la Belgique sont dans le même cas. L'Italie utilisait en 1859 le chemin de fer de Sébastopol à Balaclava pour évacuer les blessés. Bien que cette nation se soit sérieusement occupée de ce sujet depuis 1870, rien n'a encore été définitivement arrêté, relativement à la transformation du matériel existant en vue de l'organisation des trains sanitaires. Pendant la dernière guerre d'Orient, le service de transport des blessés et malades en Turquie s'est à peine étendu jusqu'à Philippopoli.

Nous avons retiré de grands avantages des chemins de fer durant la campagne de Crimée. En 1857, l'administration militaire faisait établir une sorte de wagon-ambulance pour le transbordement des malades du camp de Châlons à l'hôpital

de cette ville. Les voies ferrées, d'un grand secours lors de la dernière guerre d'Italie, ne donnèrent pas cependant tout ce qu'on pouvait en attendre, puisque, d'après M. Larrey, les résultats médicaux eussent été supérieurs avec une dissémination plus rapide. Une commission nommée par le ministre de la guerre à l'occasion de l'exposition de 1867 déclara que le meilleur moyen de transporter les blessés consistait à les coucher dans des wagons remplis d'épaisses litières de paille. Des expériences faites en 1867 et 1868 sur les chemins de fer de l'Ouest et de l'Est démontrèrent cependant l'avantage des systèmes allemands et américains. Malheureusement aucune décision ne fut prise par le gouvernement, aucun système ne resta adopté. Aussi la désastreuse guerre de 1870-71 surprit-elle l'administration française sans service organisé pour le transport par voies ferrées de ses malades et blessés futurs.

Grâce à l'activité dont Gambetta fit constamment la preuve, des trains de marchandises rapidement aménagés permettaient l'éloignement du lien du combat des malades et blessés de l'armée de Chanzy. Par ses lettres circulaires des 10 et 12 janvier 1871, il réglementait le service hospitalier à l'intérieur, tout en créant l'inspection médicale des lignes d'évacuation. Malgré d'aussi cuisants souvenirs, cette question préoccupa peu le gouvernement, la guerre terminée. Aucun règlement ne fut adopté, aucune mesure ne fut prise pour mettre à l'abri du défaut d'organisation dont les terribles conséquences n'étaient que trop évidentes.

Le règlement général du 1er juillet 1875 donne bien quelques indications sur l'emploi du matériel roulant et des wagons à marchandises, mais il faut arriver au lendemain de la loi du 16 mars 1882, qui consacre l'autonomie du corps de santé militaire, pour voir surgir d'importants travaux : le règlement sur le service de santé de l'armée, bientôt suivi du règlement sur le service de santé de l'armée en campagne. La notice n° 10, que l'on retrouve à la fin de ce dernier document, reproduisant les extraits du règlement général pour les transports militaires par chemins de fer, précède l'appendice V sur les dispositions à prendre pour improvisation des trains sanitaires. Enfin une notice sur l'installation des appareils de suspension des brancards, dans ces derniers, termine ce qui a trait au sujet en question. Le système adopté est celui du colonel Bry.

Le matériel roulant est construit en France de telle sorte que le wagon à marchandises peut seul être utilisé pour le transport des blessés couchés. Munis de ressorts correspondant à une charge de 10,000 kilogr., leur flexibilité est insuffisante pour un faible poids, d'où des réactions, des trépidations, des secousses verticales et des chocs pendant la marche du train. Pour ce motif, les moyens élémentaires tels que la paille, les paillasses, les brancards placés sans intermédiaire sur le plancher doivent être rejetés comme insuffisants et très dangereux. La proposition d'avoir un outillage spécial soigneusement aménagé et tenu en réserve pendant la paix a de tous temps trouvé de nombreux adhérents. On comprend en effet les avantages de ces wagons présentant tout le luxe et le confort désirables, véritables hôpitaux roulants sur lesquels on peut opérer et panser. Mais on a fait contre la création de trains sanitaires spéciaux de nombreuses objections : prix trop élevé, nécessité de les construire en nombre restreint dès lors insuffisant, remisage et conservation difficiles, impossibilité parfois de les faire parvenir sur les lieux où se passent les hostilités. Tout ce qu'on devrait faire serait d'en posséder un certain nombre destiné à servir de modèles pour l'enseignement et l'exercice pratique du personnel, pouvant s'ajouter aux trains transformés, pour transporter les blessés très gravement atteints. Des wagons cuisines et des wagons pour les médecins sont les seuls à préparer à l'avance, et un certain nombre pendant la paix, prêts à servir en temps utile. Il serait à désirer, suivant le vœu exprimé du reste à l'unanimité en 1878 par le Congrès international du service médical des armées en campagne, que « les gouvernements de tous les pays invitassent les compagnies de chemins de fer existantes à mettre leurs wagons à marchandises en état d'être transformés rapidement en wagons appropriés au transport des blessés, en établissant notamment des portes de communication aux extrémités, lesquelles, fermées en temps ordinaire, pourraient s'ouvrir lorsque le wagon serait utilisé pour la constitution d'un train sanitaire ». En Amérique, en Allemagne, en Autriche, en Russie, en Espagne, en Suisse, le système des transformations rapides du matériel existant a été accepté et adopté par des règlements ministériels. Il ne peut porter en France que sur les wagons à marchandises. Celui que l'auteur propose de leur faire subir est d'un prix peu élevé, aisé et facile. Il fournit accès par les quatre faces et permet la communication de wagon à wagon à l'aide de plates-formes. Deux brancards suspendus à chacun des coins, au moyen d'un ressort à double spirale, sont immobilisés par des cordes d'amarre. Les planches dont le livre est parsemé aident à l'intelligence de la description.

Telle est l'analyse fort incomplète de l'excellente étude que le docteur Redard vient de faire paraître. Nous le félicitons, à plus d'un titre, d'avoir appelé l'attention du public sur une question aussi importante que celle du transport par voies ferrées de nos malades et blessés militaires, à la solution de laquelle nos gouvernants ne sauraient porter trop de sollicitude.

Ch. Amat.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

A propos du régime dans les maladies de l'estomac. — Par leur multiplicité et leur complexité, les affections de l'estomac constituent un des sujets les plus vastes de la pathologie. Les dyspepsies, à elles seules, dyspepsies primitives ou symptomatiques des souffrances d'un autre organe, sont tellement fréquentes que Beau avait été amené à en faire la clef de voûte de la pathologie tout entière. C'est qu'en effet, en dehors des cas si nombreux où l'estomac est lui-même directement et primitivement atteint, il n'est, pour ainsi dire, pas de cas pathologique compatible avec l'intégrité absolue des fonctions digestives.

Nous ne dirons rien ici de la thérapeutique des affections de l'estomac, thérapeutique comportant des indications extrêmement multiples, puisqu'elle n'est rationnelle que si elle vise la cause qui produit ou domine l'état pathologique du ventricule.

Nous voulons uniquement toucher un mot sur l'importance capitale du régime dans le traitement méthodique des affections de l'estomac.

Tâche délicate et cependant urgente que celle d'alimenter les gastralgiques et les dyspeptiques aussi bien que les malades atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac !

Délicate ! parce que l'organe malade est précisément celui dans lequel s'accumulent les aliments et les boissons, et que cependant

c'est par lui seul que l'on peut atteindre sérieusement les altérations de nutrition provoquées par les troubles fonctionnels dus à son état pathologique.

Urgente! parce que l'inanition conduit fatalement à un certain degré d'anémie qui vient compliquer la dyspepsie initiale. A l'état pathologique primitif vient, en effet, s'ajouter cette conséquence que les sécrétions gastriques, ne puisant plus leur origine que dans un sang impropre à leur fournir les matériaux convenables et en quantité suffisante, il en résulte que le travail digestif ne s'exerce que sur une petite quantité d'aliments, et encore d'une manière incomplète, ce qui vient augmenter l'atonie des tuniques musculaires de l'estomac et de l'intestin, avec ses conséquences de constipation, anorexie, etc. De telle sorte que, dans ces affections, on tombe constamment dans ce cercle vicieux d'un estomac à qui il faut du sang pour digérer, et qui doit d'abord bien digérer pour permettre à ce sang de se former.

On voit, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il est indispensable que le régime occupe le premier rang dans le traitement des maladies de l'estomac et quelle importance il y a de s'adresser, pour cet effet, à des substances nutritives, facilement assimilables.

Ce régime, en principe toujours incapable de molester l'estomac malade, varie sensiblement suivant la nature de l'affection. Les bouillons, de légers potages, des jus de viande, et surtout du lait, nous sont, dans cet ordre d'idées, d'un secours extrêmement précieux. L'usage de la viande crue, en outre de ses inconvénients sous le rapport de la possibilité de transmission du ténia et, ce qui est beaucoup plus grave, de la tuberculose, présente d'ailleurs peu d'avantages dans les consomptions où l'estomac lui-même est en cause. A tous les points de vue, l'usage des peptones, et particulièrement de la peptone phosphatée, nous paraît infiniment préférable; aliment liquide, en quelque sorte tout élaboré, offrant sous un petit volume une puissance nutritive relativement considérable, elle a, de plus, cette propriété de provoquer, par son phosphate de chaux, une action stimulante des fonctions d'assimilation. Elle a aussi pour nous cet immense avantage de nous permettre d'établir, sans fatigue pour l'estomac, un certain degré de suralimentation qui contribue à enrayer ou tout au moins à diminuer les anémies ou cachexies qui compliquent l'état local et, dans les cas graves, terminent le cycle de l'affection mortelle. Nous croyons, en effet, que, dans toutes les maladies qui conduisent à un état de déchéance organique, il y a toujours avantage à transgresser cette loi de l'accommodation qui veut que l'on conforme l'alimentation à la capacité digestive du malade; et si nous ne rappelons pas ici les magnifiques résultats obtenus par l'alimentation forcée dans la tuberculose, c'est que nous les savons trop présents à l'esprit de tous.

En réalité, nous avons dans les peptones des agents de suralimentation puissants et d'application commode qui, dans les affections de l'estomac et concurremment avec le lait, s'imposent d'une façon toute particulière, parce que, faisant profiter l'organe malade d'un travail physiologique préalable, elles sont d'assimilation extrêmement facile.

Pour nous, qui, depuis quelques années, faisons un usage fréquent de la peptone phosphatée (*Vin de Bayard*) que nous faisons prendre pure ou coupée d'une infusion d'écorces d'oranges amères, suivant les cas, nous en retirons des avantages précieux dans une foule d'affections qui sont ou la cause ou la conséquence d'une altération de nutrition: tuberculose, scrofule, rachitisme, diabète, maladies de l'estomac, etc., et nous hésitons d'autant moins à les signaler que l'élément adynamie nous paraît prendre tous les jours une part plus large dans la médecine contemporaine.

(GAZETTE DES HÔPITAUX.) Dr A. JUDET,
ancien interne des hôpitaux.

NOTES & INFORMATIONS

LE CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours de l'internat qui, à la suite d'incidents fâcheux, avait été remis, a eu lieu le 19 octobre dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique. Les séances se feront les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

Le nouveau jury était définitivement ainsi composé:

M. Gouraud, président; MM. Oulmont, Joffroy, Blum, Reclus, Reygnier, Champetier de Ribes.

La question tirée a été la suivante:

Circonvolution de la convexité du cerveau; causes et signes de l'hémiplégie cérébrale.

On nous a dit(?) que les autres questions proposées étaient: Lobule pulmonaire, pleurésie purulente; — urètre chez l'homme, blennorrhagie.

Le jury avait adopté quelques réformes assez importantes. D'abord les candidats n'ont plus eu besoin de faire queue une heure dans l'escalier; les portes de l'amphithéâtre étaient ouvertes bien avant l'heure, et chaque candidat a pris place sans avoir à stationner dans les cours.

Depuis plusieurs années, le jury avait renoncé à faire l'appel des concurrents; les applaudissements, les cris et les chants, avaient rendu cette formalité impossible. Cette année, M. Gouraud a procédé à cet appel, qui a malheureusement duré près d'une heure. Chaque candidat, à l'appel de son nom, devait aller s'asseoir à la place qui lui était désignée.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette mesure; mais nous regrettons vivement que l'administration laisse pénétrer avec les candidats, dans la salle du concours, les anciens internes et les personnes qui n'ont pas été inscrites. Dès que la question est connue, le jury invite tous ceux qui ne sont pas candidats à quitter la salle; mais, sans parler de la perte de temps, ce mélange de candidats et d'anciens internes présente des inconvénients sérieux et cause un certain tumulte. Ce ne sont certes pas les candidats qui sont disposés à chanter, à s'amuser et à faire prolonger pendant une heure un appel qui pourrait être terminé en un quart d'heure.

Dans tout concours, n'ont ordinairement le droit d'entrer que les personnes inscrites; sous le soi-disant prétexte que le concours de l'internat est public, tout le monde entre. Il y aurait là, selon nous, une réforme importante à faire, contre laquelle personne n'aurait l'idée de protester sérieusement.

De plus, l'amphithéâtre de l'Assistance publique est trop petit pour le nombre des candidats obligés d'écrire sur leurs genoux pendant deux heures. L'Assistance ne pourrait-elle pas réunir les élèves dans un autre local appartenant à la ville, comme cela a lieu pour un certain nombre de concours des écoles du gouvernement?

MONUMENT ÉLEVÉ EN SUISSE A LA MÉMOIRE DE JACQUES DAVIEL. — L'inauguration de ce monument, dont la GAZETTE MÉDICALE a entretenu, il y a quelque temps, ses lecteurs, a eu lieu le 8 octobre dernier au cimetière du Grand-Saconnex, où reposent les restes de l'illustre ophthalmologiste. Mort à Genève, Daviel avait exprimé, comme dernière volonté, celle d'être inhumé en terre française. Ce vœu reçut son exécution, mais en 1815 le Grand-Saconnex fut incorporé à la Suisse. Voilà comment c'est à l'étranger, sur l'initiative d'un médecin genevois, M. le docteur Haltenhoff, et avec le concours des

oculistes de la Suisse, qu'un monument est élevé à l'un des plus dignes représentants de l'ophthalmologie française.

Le monument en marbre, encastré dans le mur extérieur du cimetière, sur la place du village, est orné d'un médaillon en bronze entouré de la devise : *Post tenebras lux*, et au-dessous duquel on lit cette inscription :

Jacques Daviel, né à La Barre en 1696, mort à Genève en 1762, chirurgien et oculiste qui, le premier, guérit la cataracte par extraction, repose dans ce cimetière. Erigé par les oculistes suisses, 1885.

La médecine française ne peut qu'être reconnaissante aux oculistes suisses de cet hommage rendu à la mémoire de l'un des siens; mais elle a un autre devoir à remplir, et la *Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Eure*, lui en fournira prochainement l'occasion. Le président de cette Société a adressé, en effet, à M. Haltenhoff, le télégramme suivant :

« La Société libre de l'Eure (section de Bernay) s'associe à l'hommage rendu à Jacques Daviel sur le lieu de sépulture et espère convier bientôt ses nombreux admirateurs à la Barre, lieu de sa naissance, pour honorer dignement la mémoire de ce bienfaiteur de l'humanité. »

— Le choléra en France. — Le choléra est en décroissance et près de disparaître sur le littoral de la Méditerranée et sur la frontière de l'Espagne. On a signalé un certain nombre de cas dans le département du Finistère, à Quimper, Concarneau, Pont-L'abbé, Guilainec; il ne présente pas de tendance à s'étendre.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'enregistrer la mort de M. le docteur Gross, ancien médecin à Strasbourg, père de l'honorable professeur de la Faculté de Nancy, décédé dans cette ville à l'âge de soixante-quatorze ans; — de M. Bach, ancien doyen des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy, frère du professeur honoraire Bach, de la Faculté de médecine de Nancy, décédé à Marienheim (Alsace), à l'âge de soixante-douze ans; — de M. le docteur Aubry, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois, décédé le 13 courant à l'âge de soixante-seize ans.

*
* *

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de première année (physique, chimie et histoire naturelle) commenceront le mardi 3 novembre 1885. Ils auront lieu pendant le premier semestre 1885-1886, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique:* Mardi, jeudi et samedi, de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Gnébbard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie:* Mardi, jeudi et samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Henriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle:* Lundi et jeudi, première série; mardi et vendredi, deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 31 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt posssible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris recevra MM. les étudiants tous les lundis à quatre heures; M. le secrétaire reçoit les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de deux heures à trois heures.

— Par décrets en date du 16 octobre 1885 :

M. Proust, agrégé de la Faculté de médecine, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

M. Tédenat, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Grynfelt, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier.

*
* *

Concours. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de quatre élèves internes à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre d'externe dans les hôpitaux est exigé des candidats. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, jusqu'au 15 novembre 1885.

Les candidats devront déposer, à l'appui de leur demande, un certificat de leur chef de service et leur acte de naissance.

*
* *

Assistance publique. — Le mercredi 28 octobre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XX° arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— MM. les docteurs Berger, Curie et Anthelme Combe, sont attachés, en qualité de chirurgien et de médecins, au lycée Lakanal.

*
* *

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de :

MM. Loison, Chaintre, Jamain, Vincent, Orcel, Sigand, Adenot, Lecreux, Givre, Mollard, Pécbaire, Alombert, Proby et Dénarié.

*
* *

Distinction honorifique. — Le ministre du commerce vient de décerner une médaille d'honneur en or à M. le docteur Gibert, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, en récompense du dévonement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie du choléra qui a sévi dans la commune d'Yport en 1884.

*
* *

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 17 octobre 1885, M. Gourrier a été promu au grade de directeur du service de santé de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 15 octobre, M. le médecin principal de 2e classe Chambet, a été désigné pour l'emploi de secrétaire du comité consultatif de santé.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 11 AU SAMEDI 17 OCTOBRE 1885.

Fièvre typhoïde 43. — Variole 5. — Rougeole 9. — Scarlatine 1. — Coqueluche 1. — Dipthérie, croup 27. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 2. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 23. — Phthisie pulmonaire 176. — Autres tuberculoses 34. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 45. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 31. — au sein et mixte 20. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 112. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 54. — de l'appareil digestif 42 — de l'appareil génito-urinaire 34. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 2. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 17. — Total de la semaine: 897 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité de minéralogie appliquée aux arts, à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, comprenant les principes de cette science, la description des minéraux, des roches utiles et celles des procédés industriels et métallurgiques auxquels ils donnent naissance. A l'usage des candidats à la licence, des ingénieurs, des chimistes, des métallurgistes, des industriels, etc., par Raoul Jagnaux, ingénieur-chimiste, membre de la Société des ingénieurs civils et de la Société minéralogique de France. Un fort volume grand in-8 de 900 pages, avec 470 figures dans le texte. — Prix: 20 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude sur le sulfure de carbone, par le docteur Sapelier, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine, etc. Une brochure in-8 de 130 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Intoxications chroniques, par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire. Des signes particulier qu'elles présentent au point de vue du diagnostic différentiel. par le docteur Raph. Casanova, ancien interne des hôpitaux, etc. Une brochure in-8 de 95 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon

Application de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin, par le docteur G. Rouge, licencié ès sciences naturelles, ancien élève des laboratoires de physiologie de la Sorbonne et d'histologie zoologique de l'Ecole des hautes études, etc. Un vol. in-8 de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Directeur : M. Jaccoud. Tomes XXXVI-XXXVII-XXXVIII. — Prix de chaque volume : 10 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 44 31 OCTOBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

MÉDECINE CLINIQUE

BRONCHITES CHRONIQUES.

Extrait du tome III des MALADIES PULMONAIRES (maladies simples du poumon), par le professeur GERMAIN SÉE.

Suite et fin. — Voir les numéros 42 et 43.

DIFFÉRENCES INDIVIDUELLES DES BRONCHITES CHRONIQUES. — *Bronchites dites scrofuleuses de l'enfance.* — Les bronchites chroniques ou à répétition peuvent commencer dans le jeune âge et continuer chez l'adulte ; elles sont d'une extrême fréquence chez le vieillard. Or, selon l'âge des malades, les causes varient manifestement.

L'enfant atteint d'une toux chronique est déclaré résolument scrofuleux par les doctrinaires du diathésisme, et ce n'est pas la moins grave de leurs dangereuses élucubrations. Ils ne veulent sans doute pas voir que la scrofule c'est le bacille, et que leur jugement est une condamnation. Il est facile de prouver que la scrofule vraie est tuberculeuse, que la scrofule dite légère est du lymphatisme et que les fameuses teignes sorties ou rentrées sont de l'irritation cutanée.

I. *Scrofule et lymphatisme.* — La scrofule, c'est le bacille ; la scrofule est tout entière contenue dans la tuberculose bacillaire, ou elle n'est plus la scrofule, elle est le lymphatisme, c'est-à-dire un tempérament. Les produits de la scrofule, qu'ils proviennent des glandes (Collas et Cazin), des os, comme l'a démontré Lannelongue, de certaines scrofules graves, du lupus lui-même, à l'exception de la syphilis rongeante (Besnier), contiennent presque toujours le bacille tuberculeux, rare il est vrai, au point de nécessiter des recherches multiples. Si donc chez un scrofuleux avéré il survient une bronchique chronique, elle rentre dans le domaine des bronchites consécutives à la tuberculose ; les scrofuleux bronchitiques sont des phtisiques à divers degrés. Si on retranche des catarrhes bronchiques l'origine scrofuleuse, c'est-à-dire bacillaire, il ne reste qu'une prédisposition ou un tempérament appelé lymphatique.

Si on abstrait des manifestations scrofuleuses toutes les lésions osseuses, les scrofulides ulcéro-cutanées, adéno-caséeuses, il ne reste rien dans les dermatoses qui doive en imposer pour des scrofulides dites légères ou superficielles ; les enfants atteints de croûtes de lait à la tête ou d'engelures au nez, voilà le contingent ; il a fallu, pour aboutir à une pareille conception, oublier que la croûte de lait est une sécrétion exagérée des glandes sébacées, et l'engelure une vascularisation excessive de la peau des *extrémités* y compris le nez exposées au froid. Mais laissons ces *puérilités*. Parmi les scrofulides dites bénignes, on a rangé les impétigos, les eczémas, le lichen agrius ou mitis ainsi que leurs accompagnements obligatoires, les engorgements ganglionnaires de la circonscription.

II. *Scrofulides dites bénignes.* — Celles-là, comme l'ont démontré Grancher et Martin, ne s'inoculent pas et ne produisent pas la tuberculose ; elles ne diffèrent de la scrofule ni par la quantité, mais par la qualité ; ni par le degré, mais par la nature (Martin). La clinique ne les distingue pas, tandis que l'expérience les sépare définitivement. Il y a un abîme véritable entre les scrofulides dites légères, et les scrofules vraies, tuberculeuses bacillaires, dites graves ; les premières n'appartiennent pas à la scrofule, elles sont du domaine du lymphatisme.

III. *Lymphatisme.* — Il est certain que, chez les enfants, le système ganglionnaire ou lymphatique prédomine par son activité que nécessite la nutrition (Potain) ; l'accroissement est une autre nécessité de même importance, une nouvelle cause de développement du système lymphatique. Il y a un fait qui m'a frappé, c'est que presque tous les enfants ont le tempérament lymphatique, sauf à le perdre plus tard ; ils ont les chairs molles, mais qui s'affermissent, les cheveux blonds, mais qui se foncent peu à peu, le tissu conjonctif graisseux, qui fond graduellement. Si ce sont là les attributs du lymphatisme, on peut dire qu'ils sont bien mobiles ; la décoloration de la peau persiste pour d'autres motifs ; la couleur bleue des yeux ne suffit certes pas pour caractériser le lymphatisme, ni leur couleur foncée pour dessiner le tempérament bilieux ou autre. Quel que soit l'aspect de l'enfant, quels que soient ses traits, il a une tendance lymphatique, ce n'est pas un tempérament invariable ; c'est un tempérament de transition, de croissance, si on peut s'exprimer ainsi.

IV. *Faux lymphatismes.* — Parmi les signes invoqués en faveur du lymphatisme, il en est qui n'ont pas de valeur.

a. *Chlorose.* — Ainsi la pâleur du visage, la mollesse des chairs avec la conservation des formes corporelles appartiennent de plein droit à la *chlorose*, qui est si fréquente chez les enfants, et dépend également de l'accroissement ; ces chlorotiques réclament le fer et l'alimentation fortement azotée, tandis que le lymphatisme contre-indique l'usage du fer, et cède à l'emploi de l'iode et surtout du régime de l'engraissement ; outre les viandes qui se dédoublent en graisse, les fécules, et surtout les corps gras constituent de bons moyens auxiliaires.

b. *Anémie.* — Il y a un autre faux lymphatisme, c'est l'anémie, qui résulte d'une mauvaise, défectueuse ou insuffisante

alimentation, ou bien d'une aération imparfaite. Il est des enfants qui prennent un lait théorique et après le sevrage une nourriture chimérique; il en est qui sont victimes d'un rationnement calculé ou d'une alimentation savante composée surtout d'aliments farineux, sous prétexte que leur estomac n'est pas constitué pour faire la pepsine et pour digérer les viandes; d'autres reçoivent surtout pour se rafraîchir des herbes et des végétaux frais, c'est-à-dire de la cellulose bonne pour les ruminants.

Dans certaines familles, on leur mesure l'air intérieur, en les confinant dans des cellules ou cabinets de toilette, et on leur interdit l'air extérieur pour les préserver du froid. Tous ces petits êtres deviennent anémiques par les préjugés des parents. Cette anémie, qui n'a rien à faire avec le lymphatisme, se guérit facilement par le régime commun ou par l'atmosphère universelle.

c. *Dyspepsie intestinale.* — Il nous reste encore à signaler une dernière cause de méprise. Les dyspepsies intestinales, et surtout les entérites muco-albumineuses, sont extrêmement fréquentes déjà pendant la lactation, et plus entre deux et douze ans; elles résultent généralement d'une constipation atonique, ou d'un arrêt de matières par une cause mécanique, telle que les polypes du rectum, les hémorrhoïdes, les hernies. Ces entérites muco-membraneuses qui se traduisent à certains moments par des alternatives de constipation et de diarrhée, se reconnaissent facilement; les selles composées d'une couche de matières solides et finalement de produits liquides sont ordinairement recouvertes ou mêlées de mucosités blanchâtres, liquides ou concrètes, parfois de fragments comme du blanc d'œuf coagulé ou bien de filaments concrets, ou même de lanières amorphes, quelquefois ayant l'aspect de cylindres plus ou moins volumineux. Ce n'est pas le catarrhe muqueux résultant d'une cause accidentelle, c'est l'entérite muco-concrescible, produite par une cause permanente. Les enfants qui en sont atteints deviennent très pâles, maigres au moment des crises entériques; ils se rétablissent par le régime carné, par les laxatifs très doux, les huiles ordinaires, la glycérine; puis, si on néglige cette alimentation ou ces petits soins, ils subissent de nouvelles attaques, qui produisent finalement une dyspepsie intestinale flatulente, et les jettent dans un état de dépérissement qu'on traite tantôt comme l'anémie primitive, tantôt comme le lymphatisme : c'est là une grave erreur.

V. *Du lymphatisme de la peau.* — Après avoir éliminé toutes les causes d'erreur qui planent sur le lymphatisme, après l'avoir délimité exactement et défini physiologiquement, on ne saurait en méconnaître ni l'existence ni ses conséquences. C'est l'enfant lymphatique qui présente généralement ces éruptions impétigineuses, eczémateuses, ces engorgements ganglionnaires, que le clinicien ne sait pas toujours distinguer de la scrofule. Martin a parfaitement établi que c'est l'expérimentation, l'inoculation des produits d'exsudation, qui doit servir de critérium (REVUE MENSUELLE, octobre 1884). Mais, à un moment indéterminé, ces glandes inoffensives deviennent caséeuses et sont envahies par les bacilles; le suc glandulaire est favorable aux microbes; peut-être aussi ces glandes devenues bacillaires ont-elles été infectées par quelque foyer latent adéno-bronchique ? Toutes les suppositions à cet égard sont admissibles, mais ce qui ne l'est pas, c'est la malheureuse explication du lymphatisme cutané par le fameux arthritisme; pourquoi Martin, qui est si judicieux dans ses appréciations, si correct dans ses expériences, veut-il sacrifier aux dieux de l'arthritisme ? Rien ne l'y oblige. Il me semble que le lymphatisme, si bien indiqué par Potain, édifié d'une manière plus complète par les données précédentes, suffit largement pour défrayer l'étiologie du lymphatisme des téguments externes; j'ajoute des membranes tégumentaires, superficielles, peut-être même des muqueuses profondes.

VI. *Du lymphatisme bronchique ou des bronchites lymphatiques.* — Les enfants lymphatiques sont sujets aux catarrhes naso-pharyngiens, aux angines, aux amygdalites, aux laryngites passagères appelées faux croup, aux bronchites aiguës ou chroniques; toutes les muqueuses respiratoires, superficielles ou profondes, présentent une vive impressionnabilité aux influences extérieures; c'est un fait difficile à contester, plus difficile à expliquer; faut-il invoquer le développement des glandes muqueuses ou des glandes lymphoïdes en général, dont l'amygdale est un type? Il est certain que le catarrhe muqueux frappe de préférence les muqueuses qui sont munies d'un appareil glandulaire et vasculaire très développé, comme la muqueuse nasale et laryngée, et surtout celles qui sont en contact direct avec l'air extérieur; il y a donc là une prédisposition organique et une cause thermique efficace qui contribuent toutes deux à produire le même effet. L'air frappe moins directement les bronches; il s'est échauffé déjà par son passage dans les voies supérieures; c'est pourquoi les bronchites sont sans doute moins communes que les catarrhes des conduits supérieurs de l'air respiré.

VII. *Bronchites dites scrofuleuses.* — Mais qu'on ne s'y trompe pas; il n'y a pas là la moindre analogie avec la scrofule bronchique, c'est-à-dire avec ce qu'on a appelé les bronchites scrofuleuses; il suffit, pour se convaincre de la fantaisie qui a présidé à la constitution des bronchites scrofuleuses, de citer les conclusions de Schlemmer, qui a tant fait pour les diathèses : « Ces bronchites sont remarquables, dit-il, par l'intensité relative des phénomènes dyspnéiques et nerveux, une expectoration abondante, puriforme, leur résistance aux traitements ordinaires. » La raison en est bien simple, ce sont des tuberculoses bronchiques, et ce qui le prouve, c'est « qu'elles se compliquent exceptionnellement d'*hémoptysies* indépendamment de tout *tubercule*. » Mais ce sont des *phtisiques*. Seulement, ces broncho-phtisiques sont, dit-on, des *torpides*; en effet, ils arrivent plus lentement et froidement à la mort.

De tout ceci il résulte que l'enfant, sans avoir la moindre trace de scrofule, et par le seul fait de sa constitution et de son développement, qui entraîne une suractivité des muqueuses, une prédominance du système lymphatique ou lymphoïde se trouve exposé plus qu'à tout autre âge, sans que l'hérédité y joue le moindre rôle, à contracter des rhumes, des bronchites aiguës, des catarrhes à répétition, ou même bronchiques, qui passent à l'état chronique, et mènent parfois à la dilatation des bronches, à l'emphysème; elles ne diffèrent de la phtisie que par l'absence de fièvre, de nutrition; le diagnostic, chez les grands enfants qui peuvent expectorer, serait aujourd'hui facile à établir par l'examen microbiologique des crachats.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CONGESTIONS PULMONAIRES ACTIVES CHEZ LES CARDIAQUES, par le docteur M. LEBRETON, ancien interne des hôpitaux.

M. X..., appartenant à une famille d'arthritiques, a été atteint à l'âge de vingt-sept ans d'une pleurésie gauche.

Il fut ausculté à ce moment, et l'auscultation révéla, outre la présence de l'épanchement pleurétique, l'existence d'une dilatation aortique de très petite dimension qui ne déterminait alors aucun symptôme fonctionnel.

Cette lésion alla progressant, mais avec une lenteur extrême: en 1872, neuf ans après, elle était encore difficilement appréciable, à tel point que le médecin d'une Compagnie d'assurances sur la vie ne la découvrit point et donna son avis conforme au contrat sans la mentionner.

Cette absence de trouble fonctionnel persista jusqu'en 1879. A ce moment, et nous insistons sur ce point, la lésion aortique était parfaitement compensée, le malade vaquait à ses occupations, et, sauf un peu d'essoufflement dans l'ascension des escaliers, il n'avait jamais dû s'arrêter un seul jour.

L'examen faisait alors reconnaître l'existence d'une dilatation anévrysmale assez considérable de l'aorte, donnant lieu à des battements perceptibles à la vue et au palper aussi bien au niveau de la fourchette sternale que sous la clavicule du côté droit. Il y avait du frémissement, un double bruit de souffle et de l'hypertrophie cardiaque. En un mot, les signes classiques d'un anévrysme aortique avec insuffisance des sigmoïdes. Joignons-y quelques douleurs irradiées que le malade attribuait à des manifestations rhumatoïdes et une absence complète du pouls à gauche.

Pendant l'hiver de 1879-80, le malade présenta, pour la première fois, un accident qui devait se reproduire dans la suite et sur lequel nous devons insister.

Eu sortant du théâtre un soir par un temps sec, mais froid, il se sentit tout à coup gêné pour respirer et rentra chez lui avec une oppression marquée. En même temps, il se développait un point de côté assez violent à gauche et il survenait quelques crachats. Le lendemain matin, cet état persistait; le malade, homme fort courageux, se rendait cependant à ses occupations ordinaires, malgré les avis qui lui étaient donnés.

On constatait à ce moment à l'auscultation et dans un point limité de la largeur de la paume de la main, l'existence d'un foyer dans lequel on percevait des bouffées de râles crépitants fins sans souffle; le point de côté était encore vif; l'expectoration était composée de crachats visqueux légèrement orangés; le reste de la poitrine était sain, les bases libres. On eût dit qu'il s'agissait là d'une pneumonie franche limitée, si l'absence de la fièvre concomitante n'eût dû faire abandonner cette idée.

Et, de fait, cet état persista sans grande modification pendant trois jours, puis tout disparut sans laisser la moindre trace.

Ces phénomènes se reproduisirent à plusieurs reprises dans le courant de l'hiver et pendant les deux années qui suivirent. Toutes les fois que le malade sortait le soir sans prendre les plus minutieuses précautions (il devait même éviter de parler et d'ouvrir la bouche à l'air froid), il était repris des mêmes accidents à un degré d'intensité variable.

Toujours on retrouvait à l'auscultation, en un point très bien limité d'un des poumons, un foyer de râles fins très nets. L'expectoration seule variait; tantôt elle était, comme la première fois, jaune, visqueuse, pneumonique, tantôt elle était spumeuse, aérée, avec stries sanglantes.

Le seul traitement que l'on put faire accepter consista dans l'application de ventouses sèches au point de la paroi correspondant au foyer de râles et une seule fois d'un vésicatoire volant. Le malade ne voulait pas abandonner ses occupations. Pendant l'été, il passait trois semaines aux eaux de Ragatz (en Suisse) et s'en trouvait bien.

Malheureusement, les lésions cardiaque et aortique continuaient à faire des progrès, et à ces congestions passagères on put voir bientôt s'ajouter un embarras continu de la circulation pulmonaire, début d'une attaque d'asystolie qui éclata à l'automne de 1882. Celle-ci ne dura guère que deux mois. Le malade se remit et se trouva même assez bien pour pouvoir se rendre à Hyères au commencement de l'hiver. Il y fut presque complètement débarrassé de ses accidents pulmonaires et revenait à Paris, lorsque, pendant le voyage, surpris par le froid, il eut de nouveau une congestion pulmonaire généralisée cette fois suivie d'une attaque d'asystolie qui termina la scène.

Nous avions été vivement frappé de ces accès de « congestions actives » du poumon revenant à plusieurs reprises et sous des influences tout à fait négligeables chez un homme atteint d'une lésion cardiaque compensée : nous avons eu depuis l'occasion d'en observer plusieurs exemples. Tout récemment encore, un de nos amis, qui a été atteint d'une endo-péricardite rhumatismale et qui a conservé une lésion mitrale légère et parfaitement compensée, a éprouvé un accident analogue. A la suite d'un refroidissement léger, aux bains de mer, il eut pendant trois jours un point de côté vif avec crachats rouillés et production de râles crépitants en un point limité. L'état général ne fut pas très troublé et tout disparut en quelques jours sans laisser de traces.

Cette tendance aux hyperémies a été du reste signalée par les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cœur. On les rencontre assez fréquemment dans l'encéphale; on a moins insisté sur leur production dans le poumon. C'est qu'ici elles sont facilement confondues avec cet embarras si habitnel de la circulation pulmonaire qui accompagne les lésions de l'appareil central de la circulation.

Il y a cependant, pensons-nous, une différence à établir entre ces congestions passives bien connues, qui résultent de la stase sanguine dans la circulation pulmonaire, habituellement fixes, qu'elles soient légères ou intenses, comme dans l'asystolie, et l'accident sur lequel nous insistons ici.

Ces « congestions actives » constituent un phénomène essentiellement fugace; elles sont presque toujours limitées. Bien évidemment, elles tiennent à la lésion de l'appareil circulatoire; que l'on invoque pour les expliquer la sensibilité spéciale créée dans le poumon par l'embarras, quelque léger qu'il soit, des cavités cardiaques, ou une modification de l'influx vaso-moteur, il n'en est pas moins vrai que le cœur seul est la cause première de cette prédisposition.

Le plus souvent, elles disparaissent sans laisser de trace, sans que l'on ait eu besoin de relever par une médication spéciale l'énergie des contractions cardiaques. Elles se produisent à un moment où la lésion est encore parfaitement compensée et où il n'existe aucun trouble fonctionnel dans les autres appareils de l'économie.

En voilà assez, croyons-nous, pour les différencier de ces congestions pulmonaires passives, préludes, ou tout au moins signes avant-coureurs habituels des attaques d'asystolie, d'une intensité telle qu'elles peuvent aller jusqu'à la rupture vasculaire et la déchirure du parenchyme pulmonaire et qui, quand elles sont légères, se cantonnent aux bases des deux poumons et viennent avertir le médecin que l'équilibre est bien près de se rompre entre la lésion cardio-vasculaire et l'hypertrophie compensatrice.

Le pronostic de ces congestions actives est, nous l'avons vu par les exemples que nous avons cités, bénin en soi. Mais parfois l'explosion brusque d'une congestion active peut amener l'éclosion des accidents asystoliques. Dans des cas où la balance s'est établie bien juste entre la puissance cardiaque et l'obstacle à surmonter, une influence minime peut suffire pour la faire pencher du mauvais côté et amener la production d'accidents graves.

Les indications thérapeutiques sont faciles à exposer. Si le cœur a une énergie compensatrice suffisante, il est inutile de le fatiguer par des préparations digitaliques. Le traitement local et peut-être de l'iodure de sodium à petite dose suffisent le plus souvent. Si au contraire les accidents se sont rapprochés au point de faire craindre la persistance de l'embarras pulmonaire, il faudra s'adresser au médicament cardiaque et donner au cœur la vigueur nécessaire pour surmonter cet obstacle momentané.

REVUE CRITIQUE

La méthode pastorienne et la méthode antiseptique. — De quelques-unes de leurs applications en chirurgie et en médecine, en particulier dans le traitement du choléra morbus, par M. Maurice Notta.

A l'heure même où le choléra sévissait en Espagne avec une grande violence et menaçait de faire une nouvelle apparition dans le midi de la France, il nous a semblé opportun de publier cette étude, écrite depuis un an. En faisant comprendre au lecteur les soins minutieux qu'exigent les cultures pastoriennes, les difficultés des vaccinations, la nécessité de laboratoires bien outillés et trop souvent encombrés, en un mot le « luxe de précautions » de toute espèce qu'il faut prendre avant de pouvoir affirmer la certitude des résultats obtenus, nous espérons lui apprendre à distinguer l'équité scientifique de la réclame, à juger la distance qui sépare le savant confiné dans son laboratoire de l'industriel qui fabrique ses produits en gros loin d'un laboratoire absolument vide, et à se prémunir contre les agissements d'un vulgaire charlatanisme. D'autre part, la connaissance des lois de l'hygiène, des procédés de désinfection, etc., lui montrera que la véritable prophylaxie des maladies contagieuses, microbiennes ou infectieuses, consiste dans la stricte application de la méthode antiseptique, dont les deux grands facteurs s'appellent : *la propreté et l'isolement*. Puissions-nous le préserver ainsi des terreurs inqualifiables dues à l'affolement de la première heure, et démontrer l'inutilité de certaines mesures sanitaires aussi ridicules qu'illusoires, qui ne servent le plus souvent qu'à masquer la coupable incurie des administrations ou des municipalités !

Grâce aux remarquables découvertes de M. Pasteur et aux recherches de ses élèves, la pathogénie, c'est-à-dire le mécanisme d'un grand nombre de maladies, s'éclaire aujourd'hui d'un jour nouveau. La théorie parasitaire s'élève dans sa triomphante simplicité sur les ruines des anciennes doctrines, dont l'obscurité ne servait en réalité qu'à masquer notre ignorance. Les théories humorales, les influences saisonnières, la constitution médicale, le génie épidémique, ce *quid ignotum, diabolicum aut divinum* ont fait leur temps et doivent aller rejoindre pour toujours les erreurs dans le domaine de l'oubli. Les infiniment petits, les micro-organismes inférieurs — qu'on les appelle microbes, germes, bacilles, microzymas, peu importe ! — voilà l'ennemi ; la méthode antiseptique, appliquée avec une rigoureuse exactitude : voilà le remède.

Nous assistons à un mouvement scientifique dont les résultats définitifs peuvent être aujourd'hui discutés, mais dont la haute portée ne peut plus être mise en doute par personne. Nous le devons, en grande partie du moins, aux immenses progrès réalisés dans la science du microscope, et aux expériences si fécondes entreprises dans les laboratoires de M. Pasteur et des maîtres éminents qui marchent à sa suite dans la voie scientifique nouvelle, que viennent d'ouvrir les théories microbiennes. Nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt de montrer comment la nature parasitaire, aujourd'hui reconnue, d'un grand nombre de maladies aussi bien chirurgicales que médicales a conduit à une thérapeutique nouvelle. C'est à cette thérapeutique, qui s'attaque directement à l'agent d'infection, *au microbe*, que l'on donne le nom de méthode antiseptique.

Nous essaierons d'exposer les différents procédés d'antisepsie les plus usuellement employés, et de montrer l'efficacité de leur action dans un certain nombre d'affections parasitaires. Mais il faut bien le reconnaître, si la méthode antiseptique a permis déjà de récolter ses premiers fruits, comme nous le verrons dans le cours de cette étude, et a donné des résultats brillants, presque inespérés, elle est encore trop souvent impuissante et n'a pas toujours répondu à nos espérances parfois trop hâtives. C'est que la même maladie présente souvent des caractères spéciaux, variant avec la constitution, l'état général de chaque individu, et revêt des formes si variées, qu'on pourrait leur appliquer le vieil adage : « Tot capita, tot sensus », plus vrai peut-être encore pour les maladies que pour les sentiments. En outre, l'analyse des symptômes envisagés isolément, la *clinique disséquante*, suivant l'heureuse expression du professeur Jaccoud, n'est qu'une première étape que l'on doit franchir pour arriver à la cause même de la maladie, dont la connaissance seule permet de tirer les vraies et saines indications thérapeutiques. Or, c'est là précisément le côté séduisant et peut-être dangereux des théories microbiennes, qui nous font suivre l'ennemi pas à pas et nous décèlent le microbe comme étant l'agent de la transmission, la cause même de la maladie. C'est lui qu'il faut poursuivre, combattre et détruire ; à cette condition seulement le malade sera guéri. « Sublata causa, tollitur effectus ! » Mais si là est le remède, là est aussi l'écueil ; car dans cette lutte contre le microbe, il ne faut pas oublier le malade, il faut tenir compte de son état général, de sa constitution ; il faut, en un mot, se garder d'un entraînement irréfléchi, contre lequel a dû souvent lutter la logique scientifique de M. Pasteur lui-même, et ne pas oublier que les recherches de laboratoire ne doivent être, pour le médecin, qu'un moyen de faire progresser l'art

de guérir. C'est ce danger que signalait, avec autant d'esprit que de courage, M. le professeur Peter, quand il protestait de sa voix si autorisée contre les exagérations dues à l'engouement de la première heure, et s'écriait, au nom de la clinique menacée par l'invasion des méthodes expérimentales : « Pour vouloir tuer le microbe, il ne faut pas tuer le malade ! (1) »

I

Avant d'aborder l'étude des méthodes antiseptiques, nous croyons qu'il est bon de résumer en quelques pages la doctrine des germes, la théorie microbienne, et de montrer que, malgré les points obscurs qui restent encore à élucider, le principe même de cette doctrine est inattaquable. Nous verrons en même temps le lien qui unit entre elles les expériences si nombreuses de M. Pasteur, et l'enchaînement des faits qui l'ont conduit à appliquer ses découvertes industrielles aux maladies humaines. Nous laisserons de côté les résultats pratiques obtenus relativement à l'altération des vinaigres, aux maladies des vins, à la fabrication des bières. Qu'il nous suffise de rappeler les ovations enthousiastes dont M. Pasteur a été l'objet au Congrès de Copenhague (août 1884), et le témoignage de gratitude qu'il y a reçu du plus grand fabricant de bière de cette ville, M. Jacobsen Senior, qui avait loué pour lui le plus bel appartement de l'*Hôtel d'Angleterre* (1).

C'est une loi biologique, solidement établie aujourd'hui, que l'air, la terre et l'eau sont peuplés d'êtres microscopiques qui vivent et se multiplient aux dépens de la matière organisée, à laquelle ils font subir des transformations incessantes. Ces transformations constituent les fermentations, et c'est par l'étude des ferments que M. Pasteur commence la série de ses remarquables découvertes. Il démontre, dans une expérience restée célèbre (2), que la fermentation est due à un être vivant microscopique, et ruine du même coup les théories de Stahl et de Willis et les hypothèses de Liebig. Non seulement il affirme que chaque fermentation est due à un ferment spécifique, mais il l'isole et le fait agir à volonté, montrant que son développement et sa vie sont la condition *sine qua non* de la fermentation. Qu'il s'agisse de fermentation alcoolique, butyrique ou lactique, le mécanisme intime du phénomène est toujours identique, le ferment seul diffère.

Les recherches de M. Pasteur sur les fermentations devaient bientôt le conduire à étudier les transformations qui s'accomplissent dans les substances organiques mortes et laissées au contact de l'air, et à intervenir dans la question de la génération spontanée. Suivant la même méthode que pour les fermentations, il ne tarde pas à démontrer que la production des gaz fétides et l'ensemble des phénomènes extérieurs qui constituent la putréfaction sont dus à l'action de ferments spéciaux venus du dehors. *La putréfaction n'est donc en réalité qu'une fermentation.* La démonstration de ce fait ruina du même coup la théorie de la catalyse et celle de la génération spontanée, et fut consacrée d'une façon définitive par l'opinion d'hommes, comme Cl. Bernard et Flourens, dont on ne pouvait pas contester l'impartialité. « Les expériences de M. Pasteur sont décisives. Pour avoir des animalcules, que faut-il, si la génération spontanée est réelle ? De l'air et des liqueurs putrescibles. Or, M. Pasteur met ensemble de l'air et des liqueurs putrescibles, et il ne se fait rien. La génération spontanée n'est donc pas. Ce n'est pas comprendre la question que d'en douter encore (3). »

Parmi ces êtres microscopiques vivants, parmi ces microbes ferments, les uns sont *anaérobies*, comme le ferment butyrique, c'est-à-dire vivent et se développent dans les milieux privés d'air, tandis qu'ils meurent — d'où arrêt de la fermentation — dès que l'on fait passer un courant d'air ou d'oxygène ; les autres, comme le bacille-virgule, comme les ferments alcoolique et lactique, sont *aérobies*, c'est-à-dire vivent aux dépens de l'oxygène de l'air. Souvent, ils se prêtent un mutuel appui, les aérobies préservant les anaérobies de l'action de l'oxygène de l'air ; quelquefois, ils se substituent les uns aux autres, comme le mycoderma aceti qui détruit le mycoderma vini dans la fermentation acétique. Tous, comme les êtres plus élevés en organisation, ont leur vie propre et complexe, leurs besoins, et demandent des éléments déterminés. Ainsi, la vitalité du bacille-virgule est très inférieure à celle de la bactéridie charbonneuse et du bacille tuberculeux,

(1) Ont été consultés les ouvrages et journaux ci-dessous mentionnés :

Dict. Dechambre. — Art. *Désinfectants, Fermentation, Septicémie.*

Dict. Jaccoud.—Art. *Infection purulente*, d'Alph. Guérin.

Duclaux. — *Ferments et maladies*, G. Masson.

P. Bar. — *Thèse d'agrégation sur les méthodes antiseptiques en obstétrique.* Paris, 1883.

Schutzenberger. — *Les fermentations.* Paris, 1878.

Magnin. — *Les bactéries.*

BULLETINS DE LA SOC. DE CHIRURGIE (février, mars, avril, 1879).

BULLETINS DE L'ACADÉMIE (avril, mai, 1883).

ARCH. GÉN. DE MÉDECINE, 6e série, t. XVIII.

A. Muntz. — *Les ferments chimiques et physiologiques.* Paris, 1875.

Reclus. — *In* GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1882, p. 746.

Schmitt. — *Tuberculose expérimentale.* Th. d'agrégation, 1883.

Miquel. — *Les organismes vivants dans l'atmosphère.* Th. de Paris, 1883.

Siredey. — *Les maladies puerpérales* Masson, 1884.

Valéry-Radot. — *Histoire d'un savant par un ignorant*, 1884. Hetzel.

G. Sée. — *De la phtisie bacillaire des poumons.* Paris, 1884.

Bonnet. — *Du sublimé en obstétrique.* Th. de Paris, 1884.

Verchère. — *Des portes d'entrée de la tuberculose.* Th. de Paris, 1884.

Straus et Roux. — *Rapport sur le microbe du choléra* (août 1884). — Travaux sur le choléra. Paris, Masson, 1876-1885.

H. Joly.—M. Pasteur. — (*In* NOUVELLE REVUE du 1er août 1884).

Dr Estienne. — *Les grandes épidémies et la doctrine microbienne* (NOUVELLE REVUE du 1er octobre 1884).

Duboué. — *Etude de thérapeutique générale.* Paris, O. Doin, 1884.

Bonnafont. — *Le choléra devant l'Académie de médecine.* J.-B. Baillière, Paris, 1885.

Doyen. — Th. de Paris, 1885. Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 juillet 1885.

P. Gibder. — *De la rage.* — *Rapport sur le choléra*, etc.

Redard. — Communication à l'Académie de médecine, séance du 4 août 1885.

Bouchard. — Communication au Congrès de Grenoble (août 1885).

Chauveau. — Communication au Congrès de Grenoble (août 1885).

(1) Il n'y a pas longtemps encore, un brasseur d'Edimbourg venait à Londres au-devant de l'illustre savant et mettait un véritable train royal à sa disposition. Cette reconnaissance universelle n'est-elle pas la preuve la plus éloquente de l'importance des services rendus ?

(2) Pasteur. ANNALES DE CHIM. ET DE PHYS., 3e série, t. LVIII.

(3) Flourens. COMPTES RENDUS AC. DES SCIENCES, t. LVII, p. 845.

C'est ce qu'établissait d'une façon indéniable M. Pasteur quand il montrait, dans son *Mémoire sur les générations spontanées*, qu'il était possible d'isoler et de cultiver les microbes ferments dans des milieux artificiels. Ce n'était d'ailleurs là que le prélude de ses recherches sur les microbes, dont les cultures devaient conduire le Maître à l'admirable découverte de l'atténuation des virus, que l'on appelle, à juste titre, une des plus grandes découvertes du siècle.

Qu'est-ce donc qu'un microbe? Et qu'entend-on par la *culture* des microbes? Répondre à ces questions, c'est exposer la méthode pastorienne, c'est-à-dire les procédés suivis par M. Pasteur et ses élèves dans leurs laborieuses recherches. Or, qu'il s'agisse de liquides fermentescibles, de matières organiques en décomposition, de sang humain ou de tissus altérés, le but de la méthode, la partie capitale est *l'isolement* du microbe. On peut donc définir le microbe un élément vivant isolable, cultivable, susceptible d'une étude expérimentale, dont la vitalité se révèle par des effets constants, toujours les mêmes lorsqu'on se place dans des conditions identiques. Inoculé à un animal sain, il doit se multiplier dans l'organisme de cet animal et reproduire la maladie primitive. C'est dans cette inoculation que consiste la contre-épreuve nécessaire, la véritable démonstration scientifique de son rôle infectieux, et c'est par les cultures artificielles que le microbe est obtenu seul, à l'état pour ainsi dire de pureté absolue. Si le microbe ainsi isolé donne bien naissance, après inoculation, à la maladie initiale, nul doute qu'il ne soit le microbe spécifique cherché, le microbe générateur de la maladie. C'est bien lui qui est l'agent actif, qui produit la virulence; il n'y a plus à invoquer une influence physique ou chimique, une production spontanée, un virus mystérieux. Le virus, c'est le ferment, c'est le microbe!

En essayant de faire comprendre l'importance et la difficulté des expériences successives, nécessaires pour isoler, cultiver un microbe donné et arriver à reconnaître sa spécificité; en indiquant, sans les décrire — ce qui nous entraînerait trop loin — les minutieuses précautions indispensables pour affirmer l'exactitude des résultats, nous ne ferons que rendre un juste hommage à tous ceux qui, soutenus par un puissant et réel intérêt scientifique dans leurs pénibles et délicates recherches, ne se sont pas laissé rebuter par les obstacles si nombreux de la première heure. La méthode pastorienne peut se résumer dans ces trois points essentiels : 1° recherche du microbe; 2° isolement ou culture du microbe; 3° inoculation du microbe isolé. Nous n'insisterons pas sur les moyens de rechercher le microbe sous le champ du microscope, sur la manière de le colorer, pour le rendre manifeste à l'œil le plus inexpérimenté. Ces détails rentrent dans le domaine de l'histologie; mais, pour montrer une fois de plus les affinités propres de ces êtres microscopiques, nous ferons remarquer que certains réactifs colorent tel microbe spécifique et ne colorent pas tel autre. Peut-être arrivera-t-on à trouver, à force de recherches et de tâtonnements, le liquide colorant spécial à chaque microbe, comme il est logique d'espérer qu'un jour viendra où l'on connaîtra l'agent parasiticide à opposer an microbe de chaque maladie. Ce sera le triomphe de la thérapeutique et la consécration ultime des travaux de M. Pasteur.

Lorsque le microscope a donné la « notion » d'un microbe, il faut l'isoler et le cultiver, c'est-à-dire le suivre dans la série de ses évolutions au sein de liquides transparents. Ce sont ces liquides, variables suivant les cas (bouillon de poulet, bouillon de veau, etc.) qui sont appelés liquides de culture et qui permettent d'étudier les microbes sous toutes leurs faces et dans leurs transformations successives. Qu'un microbe, pris à la pointe d'une lancette, soit inoculé à l'animal, ou semé dans un liquide de culture, il peut donner naissance à des myriades d'êtres semblables. M. Pasteur a procédé pour les microbes comme pour les ferments; il les a cultivés dans des milieux appropriés et en les faisant évoluer dans un liquide transparent, en les faisant pulluler à l'infini, il nous a donné la démonstration objective de la nature de la contagion. Ainsi se trouvèrent éclairée du même coup le mécanisme de la virulence et le mystère jusqu'alors impénétrable de la contagion par les cultures des microbes. Comment se font ces cultures? Prenons un exemple : le microbe du charbon, la bactéridie charbonneuse dont Davaine avait démontré l'existence, sans avoir pu cependant déterminer quelle part revenait au microbe et quelle part revenait au « virus ». C'est que Davaine reproduisait la maladie chez un animal sain en lui inoculant directement une goutte de sang charbonneux. Que fit M. Pasteur? Il prit une goutte de sang charbonneux — il faut que ce sang soit pris immédiatement après la mort, avant le développement du vibrion septique (microbe de la septicémie) qui apparaît au bout de vingt-quatre heures — et la versa dans un ballon qui contenait un liquide imputrescible, *stérilisé*, en contact avec un air qui ne renfermait aucun germe en suspension. Puis il prit une goutte de ce premier liquide de culture et ensemença avec cette seule goutte le liquide d'un second ballon placé dans des conditions identiques de température, de stérilité, etc. Ce second liquide de culture ne tarda pas à se remplir de myriades de microbes, et il en fut de même d'un troisième, d'un quatrième liquide de culture jusqu'à l'infini. Par ces cultures extra-organiques successives, on arrive à obtenir des liquides de septième, huitième ou dixième culture, dans lesquels les bactéridies sont dépouillées de toute autre substance et absolument *isolées*. La preuve en est facile : si l'on sépare de ce liquide même les microbes que l'on y voit nager, on constate que le liquide, privé de ces éléments, est inoffensif. Mais que l'on prenne un de ces microbes, qu'on l'inocule à un animal sain, la maladie primitive se développe, la mort survient et les lésions produites par le microbe cultivé, isolé, expérimental, sont identiques aux lésions bien connues de la maladie. La démonstration est donc aussi complète que possible; l'inoculation, telle que la pratiquait Davaine, avait l'inconvénient de ne pas séparer l'action propre de chacun des éléments contenus dans la goutte de sang charbonneux; l'inoculation du microbe isolé nous montre l'agent même de la virulence, et sa reproduction à l'infini dans les liquides de culture est la preuve irréfutable, *in vitro*, du mécanisme de la contagion.

Mais ce n'est pas la seule ni la plus remarquable conséquence des cultures artificielles de M. Pasteur. Si, au lieu de cultiver des microbes dans un liquide approprié, c'est-à-dire tel qu'ils s'y développent et s'y multiplient, en conservant leur vitalité et leurs propriétés toxiques, on les cultive dans un milieu où ils s'affaiblissent, leur énergie diminue, et leurs propriétés virulentes s'amoindrissent, en même temps que leur vitalité. C'est, pour ainsi dire, l'asservissement, la décadence du microbe! Il peut encore se reproduire, mais les autres microbes auxquels il donne naissance perdent leur virulence, et au bout d'un certain nombre de cultures, finissent par devenir

presque inoffensife. Tels les fils étiolés des races vigoureuses usées par une civilisation trop raffinée, voient s'amoindrir à chaque génération les forces physiques et intellectuelle de leurs glorieux ancêtres! En devenant inoffensif, le microbe peut devenir bienfaisant et, inoculé à l'animal sain, il le préserve de la virulence du microbe identique, dont la vitalité et les propriétés malfaisantes ont conservé toute leur force. Il fait l'office de vaccin, et, virus atténué, il empêche l'action meurtrière du virus mortel. Jenner, en découvrant la vaccine, fit profiter l'humanité d'un procédé empirique, résultat d'un hasard heureux; M. Pasteur, en découvrant les virus atténués, les virus vaccins, a démontré, par la grandeur de sa découverte, le génie de sa méthode.

Telle est, aussi brièvement que possible, la *«méthode pastorienne»*. Déjà, au douzième siècle, un contemporain de Van Helmont, R. Boyle, faisait pressentir la corrélation qui existait entre la fermentation et les phénomènes normaux et pathologiques de l'être vivant: « Celui qui comprendra entièrement, écrivait-il, la nature des ferments et des fermentations, sera probablement, bien plus que celui qui l'ignore, en mesure de rendre compte d'une manière satisfaisante de divers phénomènes présentés par plusieurs maladies (les fièvres aussi bien que les autres), phénomènes qui ne seront probablement jamais bien compris sans une connaissance intime de la doctrine des fermentations (1) ». C'est à M. Pasteur que devait échoir cet honneur au dix-neuvième siécle, et ses recherches sont devenues si populaires, je dirais volontiers si nationales, que les termes de: microbes, cultures, ballons stérilisés, etc., ont franchi les murs des laboratoires pour tomber presque dans le domaine public, et se font ainsi l'écho affaibli de ses admirables travaux.

(A suivre.)

(1) R. Boyle, *Essai sur la partie pathologique de la physique.*

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires faites a l'hôpital Necker, par M. le professeur Félix Guyon. — Deuxième édition revue et augmentée.

Les importantes additions et modifications que présente la deuxième édition de cet ouvrage nous font un devoir d'en entretenir nos lecteurs, bien que, depuis quatre années écoulées, il soit certainement devenu familier à la plupart d'entre eux. Aussi ne ferons-nous que rappeler les principales divisions du livre en signalant, chemin faisant, les changements apportés.

Le plan général de l'ouvrage est resté le même, basé sur l'examen direct du malade dont les symptômes sont suivis pas à pas. L'enseignement clinique des maladies des voies urinaires ne peut, en effet, se limiter à l'étude isolée de chacune des affections qui les atteint et au traitemement qui leur convient. Les difficultés et les dangers qu'offre la chirurgie des voies urinaires ne sont pas inhérents à tel ou tel point de leur pratique; on les rencontre en toute occasion, et du danger commun naît une solidarité réelle.

La première partie comprend l'étude des symptômes fonctionnels. M. le professeur Guyon lui accorde un développement considérable en rapport avec l'importance qu'elle a pour le diagnostic. Sans prétendre qu'on puisse se passer des instruments explorateurs, il admet cependant que, dans un grand nombre de cas, on peut être clairement, utilement et complètement renseigné par l'examen des symptômes fonctionnels. Aussi, les troubles de la miction occupent-ils une grande place et amènent à l'étude de la rétention. Celle-ci ne doit jamais être considérée comme une entité morbide; elle reste toujours un symptôme. Les diverses formes en sont successivement passées en revue: la rétention de cause inflammatoire ou congestive, comme dans les uréthrites; spasmodique, comme elle peut survenir dans toute affection de l'appareil urinaire et qu'une tentative d'exploration peut même produire; la rétention des rétrécis, complète ou incomplète; enfin, celle des prostatiques. Dans ces deux cas, M. le professeur Guyon fait ressortir le rôle considérable joué par la congestion dans la production des accidents; nous reviendrons bientôt sur ce sujet quand nous parlerons de la physiologie de la vessie.

Le deuxième chapitre est consacré à l'examen des urines. M. le professeur Guyon a consacré de longs développements à l'étude si intéressante et remplie d'actualité de la transformation ammoniacale des urines. Il fournit tout d'abord les preuves cliniques de la théorie qu'il va défendre et montre qu'un malade peut avoir des urines ammoniacales d'emblée, c'est-à-dire avant toute tentative de cathétérisme susceptible de faire pénétrer dans la vessie les germes contenus dans l'atmosphère. Il fait voir qu'un tel état des urines est toujours entretenu par une lésion de l'appareil urinaire et que le retour à l'état acide suit de près la disparition de la lésion. Ici, c'est un calculeux dont les urines, fortement alcalines, redeviennent peu à peu acides après l'évacuation des débris de la pierre; là un individu, porteur d'un corps étranger de la vessie, dont les urines perdent leur alcalinité aussitôt que l'extraction en a été faite. Plus loin, il s'agit d'un rétréci dont l'urine redevenait acide, le soir même d'une urétrotomie, après être restée ammoniacale pendant plusieurs mois. Dans un autre groupe de faits, ce sont les parois mêmes de la vessie qui sont modifiées à l'aide de lavages avec une solution de nitrate d'argent et ne permettant plus à l'urine de rester alcaline.

Ces faits, si concluants qu'ils paraissent, avaient cependant besoin d'être contrôlés par l'expérimentation; c'est à M. Guiard que cette tâche a été confiée. Des expériences fort bien conduites sont venues confirmer les données cliniques et prouvent, de même que celles de MM. Feltz et Ritter, que la présence de germes, même dans un liquide alcalin, ne suffit pas pour produire la transformation ammoniacale. Aussi, s'appuyant sur cette double preuve, M. le professeur Guyon n'hésite-t-il pas à accorder le principal rôle aux lésions vésicales dans cette transformation. Si, comme le veut M. Pasteur, l'introduction d'un organisme est nécessaire pour l'accomplissement de ce travail, quelle est la porte d'entrée chez un malade qui n'a jamais été sondé? Pourquoi, sous la seule influence d'un traitement chirurgical qui évacue une pierre ou modifie la muqueuse, les urines reprennent-elles leurs caractères normaux? Pourquoi, dans ces cas, n'est-il pas nécessaire de tenter directement la destruction du ferment ammoniacal et pourquoi ces tentatives restent-elles infructueuses quand on néglige le traitement chirurgical? Pourquoi, enfin, les instruments qui sont les agents désignés d'introduction des germes sont-ils impuissants à provoquer la fermentation de l'urine en l'absence de lésions de l'appareil urinaire? Au contraire, n'est-il pas rationnel de croire, avec M. le professeur Guyon, que la

transformation ammoniacale de l'urine purulente a besoin pour se produire à l'intérieur de la vessie d'un adjuvant? c'est l'inflammation plus aiguë du réservoir urinaire qui le lui fournit. En clinique, la cystite jouerait le rôle que la théorie nouvelle réserve au ferment ammoniacal de l'urée. Nous ne pouvons suivre notre savant maître dans le lumineux exposé des diverses théories qui se sont fait jour jusqu'ici; de cette discussion découle la nécessité d'admettre une cystite comme condition nécessaire à la transformation ammoniacale et, en clinique tout au moins, c'est bien l'inflammation de la muqueuse vésicale qui joue le rôle prépondérant.

Quelques lignes sont accordées à la présence des gaz dans la vessie, phénomène bizarre qui ne se manifeste guère que par le bruit, le sifflement qu'il fait entendre au moment de la miction. Laissons de côté les causes banales qui peuvent le produire, telles que l'introduction directe de bulles d'air par le cathétérisme ou l'existence d'une fistule recto-vésicale. Dans d'autres cas, les gaz peuvent se développer spontanément dans la vessie. D'après M. Guiard, leur production tiendrait à la présence du sucre dans l'urine et à son dédoublement en alcool et en acide carbonique sous l'influence de la fermentation; celle-ci est un fait facile à constater dans les urines sucrées recueillies dans un vase. Pourquoi ne se produirait-elle pas dans la vessie après que le cathétérisme y aurait introduit les germes nécessaires? Il faut, de plus, admettre qu'il existe des conditions particulières de la vessie qui permettent la fermentation dans certains cas et l'interdisent dans d'autres. Nous en sommes réduits à des hypothèses, d'autant plus que l'analyse des gaz émis n'a pu être faite.

L'espace nous manque pour résumer l'étude si importante de l'empoisonnement urineux. M. le professeur Guyon en trace d'abord le côté clinique, démontre l'existence de deux types de forme aiguë, un type de forme lente, établit le pronostic et expose les conditions cliniques dans lesquelles chacune d'elles se manifeste. Il fait alors un résumé des plus complets des diverses théories proposées de l'empoisonnement urineux, et montre qu'on peut les ramener à deux groupes principaux: théorie de l'absorption directe de l'urine par une plaie ou une muqueuse dépouillée de son épithélium; théorie de la rétention des matériaux de l'urine dans le sang, sous l'influence des lésions rénales. Depuis de longues années, M. le professeur Guyon n'hésite pas; il considère l'une et l'autre de ces théories comme exactes, et croit qu'elles sont applicables à des faits pathologiques différents. Dans tous les cas, l'intoxication urineuse joue un rôle; il n'y a pas de fièvre urineuse sans intoxication. L'objection tirée du fait de l'infiltration d'urine sans intoxication, vient d'une mauvaise interprétation des faits. La présence d'une quantité quelconque d'urine dans le tissu cellulaire ne suffit pas, il en faut une quantité suffisante, et la question de dose acquiert ici une importance capitale.

Nous avons hâte d'arriver à une partie entièrement nouvelle de cette deuxième édition, au chapitre qui traite de la physiologie de la vessie. Ici encore, c'est par l'observation clinique que M. le professeur Guyon a été conduit aux résultats que nous allons exposer.

La sensibilité de la vessie domine la physiologie de cet organe, c'est sa propriété maîtresse; car elle tient directement et étroitement sous sa dépendance la contractilité, c'est-à-dire les fonctions mêmes de la vessie. A l'état normal, on peut dire que la vessie est insensible au contact de l'urine; aucun mouvement, quel que brusque qu'il soit, n'éveille de sensation, alors que, même à l'état physiologique, une injection médicamenteuse ou chaude sera perçue douloureusement. C'est donc bien là une propriété toute spéciale de la vessie, exactement en rapport avec le rôle physiologique qu'elle a à remplir. Au contraire, si l'urine s'accumule en excès dans cette cavité, le besoin d'uriner sera vivement ressenti et bientôt deviendra douloureux; on peut donc dès maintenant conclure que la muqueuse, indifférente au contact, voit sa sensibilité éveillée par la distension.

Il y a, en effet, une différence capitale entre la sensibilité aux contacts et celle qui résulte de la distension. Dans une vessie saine, l'introduction d'un instrument explorateur ne détermine aucune sensation pénible; l'introduction de l'extrémité d'une bougie dilatatrice, d'une bougie fine tout entière, comme dans le cathétérisme à la suite, sont là pour en fournir les preuves. Il en est de même des calculeux. Contrairement à l'opinion la plus générale, la vessie supporte le plus ordinairement la présence d'une pierre avec une grande indifférence. Les calculeux ne souffrent que lorsque la locomotion du calcul le porte contre le col, et ceux de ces malades qui souffrent le jour sont toujours guéris pendant la nuit.

Pendant une séance de lithotritie, on voit la différence de ces deux sortes de sensibilité. Une vessie qui, pendant toute la durée du traitement, n'aura que peu réagi contre les contacts les plus multipliés du lithrotriteur, entrera en contraction aussitôt que les parois seront distendues, soit par le liquide injecté pour les lavages, soit par l'aspiration des fragments; aussi, pour pratiquer ce dernier mode d'évacuation, est-il nécessaire de pousser aussi loin que possible l'anesthésie chloroformique. A l'état pathologique, la sensibilité à la distension devient telle que la moindre quantité d'urine ne peut plus être tolérée; et les contractions qui naissent de l'action réflexe provoquée par la sensibilité sont douloureuses par elles-mêmes; aussi doit-on proscrire l'emploi des injections intra-vésicales dans le cas où la sensibilité de la vessie est exagérée.

L'effet le plus immédiat de la distension est la production d'un état congestif. Sans insister sur les preuves qu'en fournissent les enfants au berceau, de même que les vieillards qui ont les uns et les autres des demi-érections au moment des besoins d'uriner, nous en trouvons une démonstration directe dans l'opération de la taille hypogastrique. Tant que la vessie reste distendue par le liquide qu'elle contient et comprimée par le ballon rectal, les veines du plexus prévésical sont turgescentes et saignent abondamment si on incise la vessie couche par couche. Si, au contraire, on fait une ponction, la distension cesse et avec elle la congestion périphérique; les veines s'affaissent immédiatement. Enfin, nous ne ferons que rappeler les congestions consécutives aux rétentions; chez les prostatiques, par exemple, si on cherche à vider la vessie rapidement, le plexus veineux se distendra, se rompra, et une hématurie souvent mortelle, à coup sûr une cystite intense sera le résultat de cette conduite. C'est que la distance qui sépare la congestion de l'inflammation est facilement franchie; celle-ci a une tendance fatale à s'étendre à tout l'appareil urinaire.

La contractilité de la vessie étant subordonnée à sa sensibilité, on ne saurait assigner à ce réservoir une contenance déterminée. Chez un sujet soumis aux inhalations du chloroforme, la vessie contiendra une grande quantité de liquide, alors que pendant l'état de veille elle en contenait à peine

quelques grammes. Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se trouve, il faut se garder de lutter contre les contractions vésicales, car on s'expose à la rupture. C'est surtout chez les jeunes malades que M. le professeur Guyon évite de distendre la vessie ; il cite un fait où, après l'introduction d'une très petite quantité de liquide, la vessie, très puissante et très intolérante, s'est rompue plutôt qu'elle n'a été rompue, et il assigne à cet accident un mécanisme analogue à celui de la rupture de l'utérus pendant l'accouchement.

La contractilité de la vessie avait été étudiée presqu'exclusivement jusqu'à présent au point de vue de l'ouverture et de la fermeture du col, et M. le professeur Guyon conteste justement l'exactitude de la théorie de Mercier, qui faisait de la lèvre postérieure du col l'organe destiné à l'occlusion, pendant que M. Caudmont réservait ce rôle à la lèvre antérieure. Ce sont là, d'ailleurs, des considérations surtout théoriques. Une partie plus intéressante consiste dans l'exposé de ce qui a été vu et senti sur le vivant, sur la vessie en action. C'est pendant les séances prolongées de lithotritie qu'il appartient de faire ces remarques, les contractions sont partielles ; elles peuvent exister dans toutes les régions de la vessie, mais c'est au niveau du col qu'elles se manifestent de préférence. Voici d'ailleurs les principaux mouvements qu'on peut constater pendant une séance de lithotritie :

La paroi postérieure s'avance d'abord ; cette saillie est ordinairement plus prononcée vers la partie moyenne et forme une sorte de promontoire qui avait conduit M. le professeur Guyon à admettre autrefois l'existence des *vessies à éperon*. Mais cette saillie n'est pas constante ; elle disparaît et se reproduit plusieurs fois ; une manœuvre de l'instrument, tout à l'heure possible, est maintenant interdite. Puis le plan inférieur, le bas-fond se soulève quelquefois en même temps que la paroi postérieure. Ailleurs, c'est le sommet de la vessie et les parois latérales qui se contractent en convergeant, mais toujours à un degré moindre que les autres régions. Ainsi on peut admettre que dans le phénomène de la miction, le bas-fond joue un rôle important. C'est donc le diamètre antéro-postérieur, puis le diamètre vertical qui diminuent les premiers; enfin le diamètre transverse. Or, celui-ci ne s'efface jamais complètement, et un instrument explorateur introduit dans la vessie pourra toujours exécuter des mouvements de latéralité. Si pendant un cathétérisme on sent l'instrument serré au point de ne pouvoir exécuter ces mouvements, il ne faut pas croire à une contraction vésicale extérieure, mais on peut être certain de ne pas avoir pénétré dans la vessie. Le diamètre transverse est très près du col ; c'est là que les corps étrangers se logent de préférence, et c'est dans cette direction qu'on doit porter ses recherches.

Voilà les principales remarques qu'a suggéré à M. le professeur Guyon une étude attentive des mouvements de la vessie ; nous n'avons pas à faire ressortir combien ces résultats sont frappants et nouveaux. C'est sans sortir du terrain clinique que M. le professeur Guyon a forcé la vessie à lui révéler le secret de ses mouvements, qu'aucune recherche expérimentale n'aurait pu aussi bien lui livrer. Sa méthode ne manque ni d'originalité ni de sûreté, mais elle exigeait une habitude consommée, un talent éprouvé d'observation et la plus grande délicatesse de tact.

Les dernières leçons ont été remaniées et complétées. Dire qu'elles ont trait au cathétérisme, explorateur et thérapeutique, c'est signaler toute leur importance pratique. La partie qui traite des injections vésicales a été augmentée. M. le professeur Guyon pose les indications et les contre-indications des lavages, insiste sur la nécessité de ne pas distendre la vessie, sur l'obligation d'employer des sondes capables de produire un remous suffisant pour entraîner et déterger complètement la vessie. Il est ainsi amené à parler des sondes à double courant, qu'il conseille de ne pas employer, car elles ne remplissent aucun de ces deux objets.

L'adoption définitive de la lithotritie à séances prolongées, à l'exclusion des séances courtes et multipliées, a conduit M. le professeur Guyon à modifier quelques passages de la première édition. Le principe de l'évacuation totale en une séance est admis, mais il ne faut pas vouloir quand même atteindre ce but. Il y parvient dans la grande majorité des cas, mais il est des circonstances qui en empêchent ; il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à laisser quelques fragments dans la vessie, à condition que celle-ci ne reste pas encombrée et que l'évacuation ait été faite aussi complètement que possible. La technique de l'aspiration a été exposée minutieusement et avec de nombreux détails.

Tel est ce livre dont les progrès incessants de la science rendaient un remaniement nécessaire. M. le professeur Guyon ne s'est montré indifférent à aucune des conquêtes de la chirurgie auxquelles il a apporté la plus large contribution. Mais l'ouvrage est resté avant tout *clinique*; ce mot doit être pris ici dans son sens le plus rigoureux, M. le professeur Guyon ne sort jamais de ce terrain. La thérapeutique est toujours basée sur une notion précise de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et des symptômes. Plus on avance dans la pratique, et mieux on apprécie combien ce livre répond à l'observation exacte des faits ; on se rend mieux compte des précieuses ressources qu'il fournit, et on s'habitue à le considérer comme un aide indispensable.

Dr E. Desnos.

NOTES & INFORMATIONS

Société centrale de déontologie. — La Société médicale du Louvre vient de prendre l'initiative de la création d'une Société centrale de déontologie. Elle a adressé, à cet effet, par l'entremise de son président, aux présidents des Sociétés médicales de Paris, la circulaire suivante :

« Monsieur le Président et honoré Confrère,

« La Cour de cassation, dans son interprétation de la loi sur les syndicats, a déclaré que le corps médical n'avait pas été compris par le législateur au nombre des corporations qui aspirent à la formation de Chambres syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels. Cependant le besoin se fait sentir plus que jamais de se grouper pour sauvegarder les intérêts de notre profession, et la maintenir dans les conditions d'honorabilité qui doivent assurer sa sécurité et imposer au public le respect qui lui est dû.

« Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de fonder une Société centrale de déontologie qui puisse grouper toutes les influences utiles, aujourd'hui éparses dans les différentes sociétés médicales ?

« Nous ne doutons pas des efforts salutaires de chacune de ces honorables sociétés, mais vous reconnaîtrez certainement que l'influence d'une Société centrale sera d'autant plus consi-

dérable qu'elle représentera tous les membres honorables du corps médical. Cette Société deviendrait en quelque sorte le Conseil de l'ordre de la médecine, et elle confierait des mandats à son président jusqu'au jour où elle pourrait devenir une personne légale par la reconnaissance d'utilité publique.

« Elle aurait pour mission de veiller sur les droits et les devoirs des médecins, et elle pourrait, dans toutes les questions de législation, devenir un intermédiaire utile auprès des membres des Assemblées délibérantes.

« La Société du Louvre, qui s'est occupée depuis quelques mois de cette question, m'a chargé de porter ce projet à votre connaissance, et de vous prier de demander à la Société que vous présidez la nomination de deux membres pour la formation d'un Comité chargé de délibérer sur l'opportunité de la création de la Société de déontologie et de rédiger un projet de statuts.

« Si votre Société accepte la proposition que j'ai l'honneur de formuler au nom de la Société du Louvre, je vous prie de me faire connaître les noms des délégués, afin qu'ils puissent être convoqués aussitôt que toutes les réponses à la présente lettre me seront parvenues.

« Agréez, Monsieur le Président et honoré Confrère, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués.

« Le Président de la Société du Louvre,

« Dr LABREIT DE LACHARRIÈRE. »

Nous pouvons ajouter que nous connaissons déjà des Sociétés qui ont répondu favorablement à cette proposition par la désignation de deux délégués.

— UNE ÉPIDÉMIE DE SANTÉ. — Il est d'usage de proclamer au loin, chaque année, à l'approche de la saison hivernale, que le littoral méditerranéen est victime de quelque affreuse épidémie, alors même que l'état sanitaire est parfait. Cette rumeur trouve facilement crédit parmi les étrangers valétudinaires, toujours à l'affût de ce qui pourrait compromettre leur bien être.

L'épidémie cholérique de l'an passé et la légère reprise de ce fléau, l'été dernier à Marseille et à Toulon, avaient fourni beau jeu aux donneurs de mauvaises nouvelles. Il en est résulté une sorte de quarantaine pour toutes les villes de la côte, même de celles qui étaient parfaitement indemnes ; on leur disait, comme le fabuliste :

Si ce n'est toi, c'est donc ton frère
Ou bien quelqu'un des tiens.

De là, condamnation générale et sans recours.

Aujourd'hui, je viens signaler un phénomène d'un autre genre, en ce qui concerne Cannes ; c'est une *épidémie de santé*, et j'en fournis ici la preuve mathématique.

On sait que le *criterium* de l'état sanitaire d'une ville est dans le mouvement des hôpitaux, puisque c'est là que sont concentrés les malades ou du moins tous ceux qui sont le plus gravement atteints. L'hôpital à Cannes, très propre et fort bien tenu, renferme 88 lits ; il possède, en outre, un pavillon isolé avec 10 lits spécialement affectés aux maladies contagieuses. Or, ce pavillon n'a servi cette année que pendant deux mois, savoir : en janvier et en février, pour quelques cas de rougeole ; depuis lors, il est tout à fait fermé, aucun cas suspect ne s'étant présenté.

Quant aux malades ordinaires, en voici l'état comparatif à la date d'hier, 21 octobre, et du jour correspondant pendant la période quinquennale 1881-1885 :

Années	Hommes	Femmes	Enfants	Totaux
1881	26	6	6	38
1882	18	11	1	30
1883	24	7	2	33
1884	11	4	0	15
1885	13	0	1	14

La plupart des malades de cette année sont atteints d'affections chirurgicales ou chroniques ; il n'y a pas un seul cas de fièvre typhoïde ou autres maladies contagieuses quelconques. L'état civil de Cannes, du 15 au 22 octobre, a enregistré 11 naissances et 2 décès. J'ajouterai qu'aucun cas de choléra n'a été signalé à Cannes, soit en ville, soit à l'hôpital.

Les rues sont fréquemment lavées à grandes eaux ; tous les égouts ont été récurés pendant la saison d'été, et enfin, ce qui est encore plus important, le canal dérivé de la Siagne, prenant son point de départ à 40 kilomètres de distance en pleine montagne, apporte en abondance une eau d'une grande pureté. C'est là, à mon avis, le secret de cet état sanitaire si remarquable.

Dr DE VALCOURT,
médecin de l'hôpital de Cannes.

— ÉTABLISSEMENTS DE BAINS. — Les établissements de bains n'étaient soumis à aucune réglementation.

Le Conseil d'hygiène, sur l'invitation du préfet de police, s'est occupé de cette question de salubrité, et prochainement doit paraître l'ordonnance suivante :

« Les bains chauds et médicinaux devront avoir le générateur et les chaudières installés dans un local spécial, fermé par des murs en maçonnerie et placé à une distance suffisante des locaux affectés aux baigneurs. Les cabines devront s'ouvrir aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les robinets dits « cols de cygne » seront supprimés et remplacés par des robinets se refermant automatiquement.

« Les cabines auront au moins 7 mètres cubes de capacité. Il y sera établi un vasistas pouvant s'ouvrir à soufflet, et que le baigneur pourra faire fonctionner de sa place. Les bains hydrosulfurés seront donnés dans des cabines spéciales, et les eaux ne seront rejetées de l'établissement qu'après avoir été désinfectées. Pour assurer l'exécution de cette dernière mesure, les baignoires seront disposées de manière que le baigneur ne puisse vider l'eau lui-même.

« Les étuves des bains de vapeur devront avoir une capacité de 10 mètres cubes au moins par personne ; elles ne seront pas construites en bois. Leurs parois seront en matière moins conductrice de la chaleur : plâtre, ciment, marbre ou stuc. Elles seront éclairées par le haut, et il y sera établi des vasistas permettant une ventilation rapide. Les robinets de vapeur ne seront jamais à la disposition des baigneurs. »

L'ordonnance concerne aussi les bains froids.

Nous ne pouvons qu'applaudir à toutes ces nouvelles mesures d'hygiène ; mais nous craignons bien qu'il soit assez difficile de les appliquer.

Nous ne voyons pas quel pourra être le contrôle de la désinfection des eaux ayant servi aux baigneurs.

De plus, il nous semblerait très important, et l'ordonnance n'en parle pas, d'empêcher les propriétaires d'établissements de bains de déverser leurs eaux dans la rue. Il existe, en effet, un certain nombre d'établissements de bains dont les eaux, au lieu de se jeter directement à l'égout, vont dans les ruisseaux, si bien que les passants sont exposés à patauger dans ces eaux sales et quelquefois dangereuses. A. M.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Mir, décédé à Saint-Germain-en-Laye.

* * *

Faculté des sciences de Paris. — Par décret, en date du 24 octobre 1885, M. Bouty, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'une conférence d'anatomie topographique.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Barrois est nommé maître de conférences d'histoire naturelle pendant l'année scolaire 1885-1886.

M. le docteur Curtis, prosecteur, est délégué, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chotin, démissionnaire.

M. Carpantier, aide d'anatomie, est délégué, pendant l'année 1885-1886, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Curtis, appelé à d'autres fonctions.

* * *

Prix biennal de l'Institut. — Dans la séance publique annuelle des cinq Académies, qui a eu lieu samedi dernier 24 octobre 1885, M. Bouguereau, président, a proclamé, au nom de l'Institut, le grand prix biennal, décerné cette année, sur la présentation de l'Académie des sciences, à M. Brown-Séquard.

« L'Institut, a-t-il dit, est heureux de signaler les travaux de cet expérimentateur résolu et laborieux et de récompenser cette branche de la science dont la grande préoccupation est le *soulagement des souffrances de l'humanité*.

« Nous couronnons en lui : la persévérance, qui poursuit sans repos ni défaillance le but de ses efforts ; la hardiesse, qui expérimente pour combattre des théories erronées ; la science désintéressée, qui offre libéralement ses découvertes et qui applique ces mots de l'Évangile : « On n'allume pas une lampe pour la mettre sous le boisseau, mais sur un candélabre, afin qu'elle éclaire tous ceux qui sont dans la maison. »

* * *

Certificats de réception aux grades. — Dans une circulaire adressée aux recteurs, M. le ministre de l'instruction publique a décidé que les secrétaires des Facultés et Écoles délivreront au candidat admis au grade un certificat constatant sa réception et portant l'indication de ses nom, prénoms, date et lieu de naissance; *ce certificat sera rendu aux secrétaires soit des Facultés et Écoles, soit des Académies, au moment de la remise du diplôme correspondant.*

L'étudiant en possession de son diplôme n'a plus droit à un certificat, même dans le cas de perte du diplôme, lequel ne peut être remplacé que par un duplicata accordé à titre onéreux.

* * *

École d'anthropologie de Paris. — Les cours du semestre d'hiver de l'année scolaire 1885-1886 commenceront le lundi 9 novembre prochain, et auront lieu dans l'ordre suivant :

Anthropologie zoologique. — M. le docteur Mathias Duval, professeur (le vendredi à cinq heures), traitera de l'anthropogénie et de l'embryologie comparée, du blastoderme et des premières phases du développement.

Anthropologie générale. — M. le docteur Paul Topinard, professeur (le mardi à quatre heures), traitera du type et de la race. Première partie, analytique : des races de l'Europe depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours ; deuxième partie, synthétique : succession et transformation des races dans le temps ; leur passé et leur avenir.

Ethnologie. — M. le docteur Dally, professeur, suppléé par M. le docteur Manouvrier (le mercredi à quatre heures), traitera de la craniologie ethnique ; des formes normales et anormales du crâne.

Géographie médicale. — M. le docteur Bordier, professeur (le samedi à quatre heures et demie), traitera de l'action générale des milieux.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet, professeur (le lundi à huit heures du soir), traitera de l'homme tertiaire et de l'origine de l'homme.

Histoire des civilisations. — M. le docteur Letourneau, professeur (le lundi à quatre heures), traitera de l'évolution et de l'ethnographie de la morale.

Le cours d'anthropologie linguistique aura lieu pendant le semestre d'été.

La seconde conférence Broca aura lieu dans le courant du mois de novembre ; elle sera faite cette année par M. le docteur S. Pozzi, qui a pris pour sujet : Le cerveau et ses circonvolutions chez les primates.

* * *

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — Par décret, en date du 21 octobre 1885, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologique.

Par arrêté ministériel, en date du 24 octobre 1885, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

— Par décret, en date du 24 octobre 1885, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire de physique.

* * *

Collège de France. — M. Jouhin, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique générale et expérimentale, en remplacement de M. Duchesne, décédé.

* * *

Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte ; à dix heures, consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. — La première leçon aura lieu le jeudi 5 novembre 1885.

Cours d'ophthalmologie. — Le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), le lundi 16 novembre, à 8 heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : Médecine opératoire.

Les élèves seront exercés aux opérations.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile le mercredi 11 novembre, à 9 heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public sur les maladies mentales.* — M. le docteur Jules Falret, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commencera ce cours le dimanche 8 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la

même heure. — Tous les jeudis, à neuf heures du matin, examen clinique des malades.

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, située, 23, rue Richer, et dirigée par M. le docteur Th. David, rouvre ses cours le 2 novembre prochain.

La séance solennelle d'ouverture a eu lieu hier soir, sous la présidence de M. Brouardel, dans la salle des fêtes du IXe arrondissement.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 18 AU SAMEDI 24 OCTOBRE 1885.

Fièvre typhoïde 45. — Variole 6. — Rougeole 14. — Scarlatine 7. — Coqueluche 1. — Diphtérie, croup 26. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 6. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 32. — Phthisie pulmonaire 173. — Autres tuberculoses 15. — Autres affections générales 63. — Malformation et débilité des âges extrêmes 57. — Bronchite aiguë 19. — Pneumonie 46. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 40. — au sein et mixte 20. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 92. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 62. — de l'appareil digestif 56 — de l'appareil génito-urinaire 16. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 23. — Causes non classées 9. — Total de la semaine : 913 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les Sarcoptides plumicoles ou Analgésinés, 1re partie. *Les Ptérolichés*, par Trouessart et P. Mégnin. Un vol. grand in-8 de 90 pages avec figures et 2 planches hors texte. — Prix : 3 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Directeur : M. Jaccoud. Tomes XXXVI-XXXVII-XXXVIII. — Prix de chaque volume : 10 fr.

Principaux articles : Tome XXXVI. — Trachée, trachéotomie, Dubar ; transfusion, Oré ; tremblement, Picot ; trophonévrose ; Leloir ; tubercule, turculose, Hanot ; tumeur, Heurtaux ; tympanite et typhlite, Luton ; typhoïde (fièvre), Homolle et Ferd. Dreyfous. — Tome XXXVII : Typhus (typhus exantémitique), fièvre récurrente, méningite cérébro-spinale), E. Richard ; urémie, Labadie-Lagrange ; urèthre, Bouilly, Guiard et Jamin ; urinaires (voies), pathologie, Bouilly ; urine, Danlos ; urticaire et urtication, Hardy ; utérus, Sirdey, Danlos, Charpentier et Schwartz. — Tome XXXVIII. Vaccine, d'Espine ; vagin et vulve, Levrat et Vinat ; varicocèle, Paul Second, variole, Balzer et Dubreuilh ; vasomoteur, Mathias Duval ; végétations, Mauriac ; veines, Beurnier, Schwartz et Vinay. — A la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'allaitement maternel, conseils aux mères de famille, par le docteur Talberg, ancien inspecteur de la direction municipale des nourrices de la ville de Paris. Un vol. in-8 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

SOMMAIRE. — CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS : De l'adénopathie trachéo-bronchique. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES : Pseudo-pellagre d'origine alcoolique. — REVUE CRITIQUE : La méthode pastorienne et la méthode antiseptique ; de quelques-unes de leurs applications en chirurgie et en médecine, en particulier dans le traitement du choléra morbus. — INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — REVUE DES THÈSES. — INDEX DE THÉRAPEUTIQUE. — FORMULAIRE. — NOTES ET INFORMATIONS. — NOUVELLES. — Démographie. — Librairie.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE (1), conférence par le docteur JULES SIMON.

Messieurs,

La fréquence de cette affection chez les enfants, la nouveauté du sujet, les erreurs auxquelles elle peut donner lieu, la divergence qui régne encore dans l'esprit des auteurs classiques, tout me fait un devoir de vous en retracer aujourd'hui l'histoire. Grâce aux recherches de M. Gneneau de Mussy, de Baréty, vous avez pu rapprocher les signes des adénopathies simples de ceux des dégénérescences tuberculeuses si bien étudiés primitivement par Rilliet et Barthez ; vous n'en êtes plus réduits à affirmer que la seule tuberculose des ganglions bronchiques offre des symptômes indéniables, et que les autres altérations des chapelets ganglionnaires intrathoraciques échappent à nos moyens d'investigation sérieuse et attentive.

A ceux qui pourraient encore rester un instant dans le doute, je rappellerais cette série interminable d'enfants atteints de bronchite chronique et d'emphysème, suite de forte coqueluche, qui viennent à nos consultations pour y réclamer un remède à une situation frappée d'un pronostic des plus sombres, par cette raison que la partie supérieure de la poitrine présente une respiration soufflante. Vous n'avez pas oublié ces enfants atteints de dyspnée, d'accès d'asthme, et même de cornage, dont l'examen de la cage thoracique vous révélait, non dans les fosses sus-épineuses, mais à l'angle de l'omoplate, entre la colonne vertébrale et le scapulum, une respiration bronchique des plus caractéristiques. Vous les avez observés pendant des mois, et moi pendant des années. Je vous ai mis au courant de leur amélioration toujours, et le plus souvent de leur guérison.

En vous entretenant des eaux minérales, je vous ai cité bon nombre de cas identiques, pris dans ma clientèle de la ville, et un entre autres qui me revient sans cesse sur les lèvres quand je parle de l'adénopathie bronchique. Permettez-moi de vous la rappeler encore.

En 1869, une fillette, âgée de 4 ans, m'est amenée dans mon cabinet pour une toux rauque incessante, un sifflement laryngo-trachéal intense, prenant parfois le caractère d'un véritable cornage qu'on entendait à distance, et qui s'accompagnait de terribles accès de suffocation. Cet état alarmant s'aggravait de jour en jour; il datait de deux mois et avait succédé à une forte coqueluche de très longue durée. De semblables perturbations fonctionnelles, réunies à un retentissement considérable de la toux et à des bruits intenses entendus le long de la troisième vertèbre dorsale, sans signes anormaux dans la région sus-épineuse, me firent diagnostiquer une adénobronchite d'origine inflammatoire chronique. La famille, me fit alors l'aveu que le praticien distingué, mais avancé en âge, qui dirigeait la santé de ses enfants, ne voulait pas se prononcer, laissant même une large part à l'idée de tuberculose. Dès lors, il fut convenu que Barthez et moi, nous nous réunirions au médecin de la famille, à l'effet de nous concerter sur ce diagnostic. Krishaher fut aussi appelé à examiner cette enfant au laryngoscope. Il résulta de notre discussion que l'adénopathie ne faisait pas l'ombre d'un doute, que le nerf récurrent gauche était comprimé. Les cordes vocales restaient inertes de ce côté. L'adénopathie était bien reconnue ; mais sa nature inflammatoire pouvait-elle être acceptée ? L'événement a justifié nos prévisions. Après deux cures au Mont-Dore et une médication active dans l'intervalle, cette jeune fille a complétement guéri. C'est aujourd'hui une grande personne, jouissant de toutes les attributs de la santé la plus robuste. Même sans nécropsie, on ne saurait nier de semblables preuves. Il faut s'incliner devant les faits aussi catégoriques. L'affection n'était pas organique; elle a disparu de façon à ne plus laisser de traces.

Mais, à côté de ces cas rares, notre attention a dû se fixer, et vos convictions s'asseoir sur les observations moins accentuées qui constituent la monnaie courante de nos consultations. Le tableau n'avait plus la même physionomie. Il s'agissait d'enfants toujours enrhumés, sujets à des étouffements au moindre effort, et présentant des signes physiques au lieu d'élection.

Enfin, je vous ai montré des pièces anatomiques, où des ganglions récemment hypertrophiés, atteignaient néanmoins le volume d'une grosse dragée, même davantage, et qui nous expliquaient parfaitement la toux coqueluchoïde, les accès de dyspnée d'une enfant seulement atteinte de bronchite un peu étendue, et rapidement enlevée par une rougeole grave. Nous avions trouvé à l'angle de l'omoplate droite, le long de la colonne vertébrale, une respiration tubaire sans craquement, sans gargouillement, alors que la fosse sous-épineuse et

(1) On comprend sous cette appellation tous les états pathologiques, de quelque nature qu'ils soient (hypertrophie, congestion, inflammation, engorgements strumeux, dégénérescences tuberculeuses, mélaniques, cancéreuses, etc., etc.), qui peuvent affecter les masses ganglionnaires réparties le long des bronches, de la trachée, et dans les cavités médiastines. Les plus fréquents sont les engorgements simples (congestion, inflammation, hypertrophie).

les régions sous-claviculaires ne présentaient, ni à la percussion, ni à l'auscultation, aucun signe d'indnration des sommets.

Il none a été facile de vérifier le même fait chez des enfants considérés comme atteints de vieille coqueluche et qui succombaient accidentellement au cronp on à nne fièvre éruptive. L'autopsie nons fournissait des ganglione roses et mous et de gros ganglions pâles et durs. Les uns appartenaient à l'affection finale, les autres à la maladie chronique.

Comment se fait-il que ces notions sur l'adénopathie bronchique deviennent ici dee vérités tangibles et là des assertions discutables? Css interprétations distinctes tiennent à ce qu'on vent retrouver dans tous les cas d'adénopathie bronchique les signes de la tuberculose ganglionnaire des bronches. On s'attend à des symptômes fonctionnels très accusés et à des signes stéthoecopiques faciles à saisir, et, comme la constatation des uns et des autres réclame une liberté absolue d'esprit, la prévention masque et confond le tout dans une pénombre obscnre.

La théorie s'en mêle. Peut-on admettre, dieent les opposants, que tous les engorgements ganglionnaires dus à des congestions on à des inflammations de plus ou moins d'importance exercent une action sur les organes mobiles ds la cage thoracique? On le conçoit, ajoute-t-on, pour de gros ganglions strumeux, tuberculeux, pour des abcès prévertébraux; mais de là à croire que les ganglions hypertrophiés, congestionnés ou enflammés, même chroniquement, puissent avoir une physionomie clinique, il y a un abîme, et il faut rayer cette assurance de votre diagnostic. Tel est le raisonnement en viguenr. Je pourrais me retrancher dans les preuves cliniques seules, mais j'accepte le débat sur le terrain théorique et je combats la thèse adverse par les objections suivantes, que je place à dessein au début de cette conférence: elles vous serviront de physiologie pathologique.

Au point de vue de la symptomatologie, le volume des ganglions n'entre pas seul en cause. Un élément d'excitation locale résidant et dans le ganglion et dans l'atmosphère celluleuse prend part à l'état pathologiqne. Des ponssées congestives, des irritations nsrveuses, se produisent dans la région trachéo-bronchique si riche en vaisseaux et en nerfs. Sans exercer une véritable action mécanique dans certains cas, il n'en résulte pas moins une désharmonie fonctionnelle plus ou moins profonde. De là ces toux persistantes, mais intermittentes, ces dyspnées paroxystiques, ces perturbations dans le rythme respiratoire qui s'accélère au moindre effort. Vous m'accorderez bien la justesse de ce raisonnsment. Je n'insiste pas. Il ne faudrait pas pousser la théorie à l'absurde et en conclure que tous les engorgements doivent être facilement diagnostiqués, et que, puisqu'il est avéré qu'une muqueuse ne saurait s'enflammer sans provoquer une adénopathie correepondante, on doit toujours, dans toutes les bronchites, suivre à la piste les oscillations journalières des engorgements ganglionnaires. Ce serait forcer la note. Je n'ai point cette tendance; ce que je désire vous démontrer, c'est qu'à côté de la symptomatologie de la tuberculose des ganglions bronchiques nous rencontrerons celle des engorgements curables, passagers, pouvant donner le change et en imposer pour de la phtisie ou pulmonaire ou bronchique. Tel est le but que je me propose ici; permettez-moi d'entrer enfin dans la partie didactique. Je terminerai cette conférence par l'énumération de divers moyens d'une efficacité réelle et vraiment fort encourageante en pareille occurencs.

A l'exemple de Barèty, dont je vous recommande l'excellente thèse (1874, Paris), je veux vous remettre en mémoire la principale des disposition des glandes intrathoraciques.

D'après leur répartition, on les divise en glandes trachéales, bronchiales, pulmonaires, cardiaques, œsophagisnnss, rétro-sternales ou médiastines.

1° *Glandes trachéales.* — En pénétrant dans la poitrine, où elle va bientôt se diviser, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, la trachée porte sur ses parties latérales deux chapelets ganglionnaires. Leurs rapports avec les organes voisins, identiques à ceux de la trachée, les met en contact avec le sternum, les plèvres, la crosse de l'aorte, les carotides, les troncs veineux qui vont former la veine-cave supérieure, l'œsophage, les pneumo-gastriques et les récurrents. Ces glandes reçoivent les vaisseaux lymphatiques du cou, de la trachée, et sont en communication avec les autres groupes de glandes bronchiales, pulmonaires, cardiaquss, que nous allons passer sn revue.

2° *Glandes bronchiales.* — Ces glandes sont accolées aux bords supérieur et inférieur des bronches, en communication avec les précédentes et avec celles du hile du poumon, recevant aussi le liquide lymphatique des glandes supérienres et inférieures et des bronches elles-mêmes. On trouve à l'angle de la bifurcation des bronches, qni a lieu en face de la bifurcation de l'artère pulmonaire, un groupe de plusieurs ganglions lymphatiques reliés aux groupes voisins.

Les glandes bronchiales passent donc à droite sous l'anse formée par la veine azygos au moment où celle-ci se jette dans la veine cave inférieure. A gauche, elles se dirigent sous la crosse de l'aorte, en avant de l'œsophage. De là des rapports avec les organes du médiastin postérieur, les pneumogastriques, les plexus pulmonaires, le récurrent droit sous la sous-clavière, le récurrent gauche sous la crosse de l'aorte; dss deux côtés avec les artères et veines pulmonaires, les plèvres médiastines à droite, avec la première portion de l'aorte accolée à la veine cave supérieure, et en arrière avec l'œsophage, le tronc de la veine azygos, du canal thoracique.

3° *Glandes pulmonaires.* — Au niveau du hile du poumon, on trouve toujours de nombreux ganglions bronchiques qui reçoivent ls contre-coup de toutes les affections du poumon, de la plèvre et des bronches intra-pulmonaires. Ces glandes sont en rapport de chaque côté en ce point avec la première division des grosses bronches, avec les artères, veines et plexus pulmonaires. Si vous suivez la direction des bronches dans le tissu pulmonaire, vous rsncontrerez toujours un ganglion à l'angle de bifurcation des bronches jusqu'à la quatrième division inclusivement.

La compression des organes intra-thoraciques, qui est aussi bien exprimée chez l'adulte par des anévrysmes artériels que par la tuméfaction et la dégénérescence tuberculeuse des glandes bronchiales, pent également se trouver sous la dépendance, au niveau du hile, des engorgements simples qni établissent ainsi les phénomènes de transmission en exerçant un contact plus parfait, plus prononcé, avec les divisions bronchiques, et écartant le tissn pulmonaire, moins bon conducteur du son. Leur irritation aiguë on chronique provoque d'ailleurs, dans le tissu cellulaire voisin, des pous-

sées congestives qui influent même sur les plexus pulmonaires; de là ces toux, ces spasmes, ces dyspnées, ces sécrétions, non plus seulement d'ordre mécanique, physique, mais d'ordre physiologique vital, comme nous disions autrefois.

Bien plus, les glandes intra-pulmonaires peuvent, par leur altération, leurs engorgements, de quelque nature qu'ils soient, simuler des indurations pulmonaires. Notre oreille est assez exercée pour constater les moindres variations de douceur, d'amplitude, de rudesse, du murmure respiratoire. Chez les enfants surtout, où les parois thoraciques sont si minces, les signes physiques de l'auscultation deviennent bien plus saisissants.

Ces notions anatomiques vous indiquent le lieu d'élection des principales glandes soit bronchiales, soit du hile; c'est à peu près au niveau de la troisième vertèbre dorsale, sur les côtés de la colonne vertébrale, que le signe de leur altération se fera jour.

4o *Cardiaques.* — A la base du cœur existent quatre à cinq glandes lymphatiques auxquelles aboutissent les vaisseaux lymphatiques du cœur, du péricarde et de tous les vaisseaux qui en émergent.

Leur rapport avec la division de l'artère pulmonaire, les veines pulmonaires, les oreillettes, l'origine des gros vaisseaux et surtout le plexus cardiaque, éclaire les troubles fonctionnels de certaines adénopathies intra-thoraciques.

5o *Œsophagiennes et rétro-sternales.* — Enfin, le long de l'œsophage et derrière le sternum, se trouvent encore des groupes de glandes lymphatiques; vous prévoyez le rôle sérieux qu'elles peuvent jouer quand elles viennent à prendre un volume plus ou moins considérable.

6o Si vous vous rappelez, enfin, que les vaisseaux sanguins importants sont entourés de vaisseaux et de ganglions lymphatiques, vous aurez présent à l'esprit l'ensemble de cette disposition des masses lymphatiques des médiastins, qui constituent autant de zones principales et reçoivent en résumé les vaisseaux lymphatiques de tous les organes ambiants.

Forts de ces réminiscences anatomiques, étudions les conséquences pathologiques qui en découlent à des degrés divers.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

PSEUDO-PELLAGRE D'ORIGINE ALCOOLIQUE, par JULIEN BESANÇON, interne des hôpitaux.

Au dernier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, une communication de M. Fanvelle a remis une fois de plus en litige la vieille question de l'étiologie de la pellagre. Comme Landouzy (de Reims), comme Billod, comme tant d'autres, ce médecin a pu observer dans un dépôt de mendicité de nombreux cas de pellagre sporadique. Comme c'est l'ordinaire dans les faits semblables, aucun de ses malades ne s'était nourri de maïs; aussi suppose-t-il que l'affection pourrait bien dépendre d'un microbe pathogène, manifestant seulement son action pendant la saison chaude, mais laissant après lui des spores qui se reproduiront l'année suivante et reprendront l'œuvre commencée.

En s'élevant contre cette hypothèse, M. Leudet a insisté sur la difficulté qu'il y a de diagnostiquer la pellagre vraie d'avec l'ensemble des pseudo-pellagres dont les origines diverses se résument dans l'expression : *Mal de misère.*

Certes si, à l'exemple de Th. Roussel et de Costallat, on n'accorde l'étiquette de pellagre qu'aux seuls cas où l'alimentation par le maïs figure dans l'étiologie, il faut refuser ce nom aux syndrômes morbides observés par le docteur Fanvelle. Alors, il faudra décrire une multitude de pseudo-pellagres, d'*états pellagroïdes*, relevant de la malpropreté, d'une nourriture insuffisante, du surmenage, de la dépression morale, causée par les chagrins ou les divers modes d'aliénation mentale.

On sait que cette manière de voir a contre elle l'autorité du professeur Bouchard. Pour lui, la pellagre serait la résultante de tout ce qui exerce sur l'organisme une action dépressive, et la triade symptomatique qui la caractérise — troubles digestifs, accidents cérébro-spinaux, érythème solaire périodique — ne relèverait pas d'une unique cause spécifique, l'alimentation par le maïs.

L'usage exclusif de la pollenta n'occasionne la pellagre que parce qu'elle ne constitue pas une nourriture suffisamment réparatrice. Le verdet agit uniquement en détruisant à son profit la partie la plus azotée du grain. Dans les Landes, la pellagre a reculé devant le bien-être, et cependant, comme en témoigne le docteur Hameau (1), l'usage du maïs y est plus répandu qu'autrefois.

Quoi qu'il en soit, un fait demeure acquis : c'est qu'un élément étiologique banal, la misère ou l'alcoolisme, peut déterminer de la part de l'organisme un mode réactionnel particulier et reproduire ainsi, dans ses traits essentiels, le type de la vraie pellagre endémique.

Il y a quatre ans, à l'Académie, le professeur Hardy (2) présentait des pièces anatomiques provenant d'un homme mort dans son service d'une affection qu'il n'hésitait pas à qualifier de *pellagre alcoolique.*

C'est, croyons-nous, dans la même catégorie de faits qu'il convient de ranger l'observation suivante, que nous avons recueillie récemment dans le service de notre maître, M. Lancereaux :

OBSERVATION. — *Erythème solaire pellagroïde. — Troubles nerveux et gastro-intestinaux. — Alcoolisme.*

L... (Louise), 35 ans, née en Basse-Bretagne, entre dans le service de M. le docteur Lancereaux le 7 août 1885, salle Lorain, no 32.

Il y a vingt ans que la malade est à Paris. A son arrivée, elle a pris la syphilis; elle en présente actuellement des cicatrices non équivoques sur les jambes. Exostoses multiples des tibias. Céphalée violente.

Mais la malade est entrée à l'hôpital pour des accidents d'un autre ordre, et dont le début remonte à trois ans. A cette époque, en effet, elle est entrée dans le service, au mois de juillet. Quelques semaines avant, elle avait remarqué sur le dos de la main droite, près du pouce, une tache rouge de la largeur d'une pièce de cinq francs; à ce niveau, elle ressentait une légère cuisson. Une tache de même nature existait sur la partie latérale du cou, à gauche, en un point non recouvert par les vêtements. Peu de temps après, la tache de la main droite s'étendait, en même temps qu'apparaissait une rougeur de même nature sur le dos de l'autre main.

(1) Hameau (d'Arcachon). Lettre à M. Hillairet. In *Traité des maladies de la peau*, d'Hillairet et Gaucher.

(2) COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DE MÉD., 1881.

A côté de ces troubles cutanés, la malade souffrait d'accidents gastro-intestinaux très accusés.

La diarrhée était fréquente et abondante. Elle avait des nausées, des vomissements, une inappétence complète, une sensation de brûlure au creux de l'estomac. Son sommeil était troublé par des cauchemars; elle se plaignait de grands maux de tête.

Sa mémoire avait disparu; sa vue était également très affaiblie.

Elle ne pouvait faire quelques pas sans être prise de vertiges et sans tomber.

C'est pour l'ensemble de ces accidents que la malade entrait à l'hôpital. Elle y resta un peu moins d'un mois. Elle sortit améliorée, avec un commencement de desquamation du dos des mains.

Ici se placent, au dire de la malade, des désordres psychiques. Elle commettait mille excentricités. Un soir, à onze heures, les agents la trouvèrent, faubourg Saint-Antoine, se promenant en chemise et pieds nus, mais avec le plus grand calme. On l'emmena au poste, et de là à Sainte-Anne, où elle resta, croit-elle, deux jours seulement.

De là elle a été transférée à la Salpêtrière, où elle a séjourné un mois, ne reconnaissant aucune des personnes qui venaient la voir, pas même son mari. Elle sortit de l'asile, ayant recouvré la raison, mais affaiblie au point de ne pouvoir se tenir sur ses jambes, se livrer à aucun travail, pas même aux soins de son ménage. Cet état a persisté pendant trois mois, s'accompagnant d'anorexie, de diarrhée, quelquefois de vomissements.

A l'entrée de l'hiver, elle se remit et reprit son travail à la cartoucherie de Vincennes. Ses mains étaient redevenues normales.

En juillet 1884, elle porte depuis quelques semaines sur le dos des mains une rougeur érythémateuse, quand elle est reprise de céphalalgie, vertiges, faiblesse générale, inappétence absolue, diarrhée.

La rougeur a duré trois semaines. Après quoi, la peau s'est fendillée et a commencé de desquamer.

La malade avait une peur atroce d'être reprise des troubles mentaux qui avaient nécessité son internement l'année précédente.

Elle avait des frayeurs nocturnes et des insomnies. Ces divers troubles durèrent en tout deux mois. La malade se reposa encore quinze jours chez elle, puis reprit son travail, et resta en parfaite santé pendant tout l'hiver de 1884-1885.

Les accidents qui la ramènent cette fois-ci à l'hôpital datent de la fin du mois de juin. A cette époque, elle a été de nouveau prise de maux de tête, avec vertiges, éblouissements. Pendant quinze jours, elle a eu une diarrhée abondante et rendait, dit-elle, les aliments tels qu'elle les avait ingérés. Elle s'est ainsi traînée un jour bien, un jour mal, mais très affaiblie en tout temps et perdant souvent la tête, jusque vers le 20 juillet.

Alors réapparut sur le dos des mains une rougeur érythémateuse qui s'est accompagnée, paraît-il, à un certain moment, de quelques petites élevures à contenu séro-sanguinolent.

Actuellement, la face dorsale des deux mains et des premières phalanges est le siège d'une rougeur assez vive. Au toucher, la peau est rugueuse et l'on perçoit un commencement de desquamation sous forme de fines lamelles épidermiques. La paume des mains est absolument indemne. L'érythème s'étend sur la face dorsale de l'avant-bras, mais s'arrête nettement à la limite de la manche du corsage. C'est l'aspect exact de la *manchette pellagreuse*.

Il n'y a rien au cou ni sur le visage. Si l'on découvre la malade, on ne trouve pas d'autres altérations cutanées que les cicatrices spécifiques anciennes que nous avons mentionnées.

La malade redoute beaucoup la chaleur et le soleil. Quand elle sort, elle doit cacher ses mains, que le soleil irrite, ce qui lui cause une sensation de brûlure très pénible. Ses jambes sont très faibles; elle monte très difficilement les escaliers Outre cet affaiblissement général, elle accuse des vertiges et des étourdissements. En même temps, elle est inquiète, anxieuse, toujours dans l'angoisse d'une rechute vers la folie.

Bien qu'elle ait beaucoup maigri, la malade a l'aspect extérieur d'une femme bien constituée.

Quand elle parle, ses lèvres tremblent, et la trémulation s'étend aux muscles de la face. Léger tremblement de la langue, rêves, cauchemars, insomnies. Sensibilité des membres inférieurs conservée; hyperesthésie plantaire; diminution du réflexe rotulien. La malade n'avoue pas franchement ses excès alcooliques.

En ce moment, elle n'a pas de diarrhée. Son appétit est conservé.

18 août. — A la suite de l'administration d'une potion contenant 3 gr. 50 de chloral, la malade a déraisonné toute la nuit.

L'érythème desquame régulièrement. La malade, interrogée, déclare que son travail ne l'exposait pas au soleil. Elle dit avoir subi de grandes privations. A la suite du chômage, elle se couchait souvent sans manger.

22 août. — La desquamation des mains continue. La malade est toujours très faible. Tremblement des lèvres, insomnies.

24 août. — L'érythème a en grande partie disparu. Aux points desquamés, l'épiderme apparaît lisse et luisant. Sur le dos des mains, on sent une série de petites rugosités, quand on y passe légèrement la pulpe des doigts.

La malade n'a pas présenté de troubles mentaux pendant son séjour dans la salle, sauf toutefois le soir où elle a pris du chloral.

Elle quitte l'hôpital.

Si nous voulions retracer les faits principaux de cette observation, nous ne ferions qu'accentuer davantage la ressemblance de ce cas avec une pellagre vulgaire de moyenne gravité.

A peine faut-il discuter le diagnostic. La dermatose que nous avons eue sous les yeux ne rappelait en rien l'aspect de l'eczéma professionnel. Bien qu'à un moment donné la malade ait remarqué quelques vésicules sur le fond érythémateux de son éruption, il n'y a jamais eu de suintement. Aussi bien, tous les auteurs s'accordent pour mentionner la fréquence des productions vésiculeuses et bulleuses dans l'érythème pellagreux. Et puis, la coexistence des troubles psychiques et de l'asthénie, la périodicité régulière des accidents cutanés, la délimitation exacte de la manchette pellagreuse, la desquamation à fines lamelles épidermiques, plaident définitivement contre cette interprétation.

Il serait, à la rigueur, possible d'étiqueter notre observation : *Erythème solaire à répétition chez une alcoolique.* Mais c'est alors bien remarquable que cet érythème se soit toujours superposé aussi exactement aux accidents nerveux et gastro-intestinaux, et que toutes ces manifestations pathologiques se soient aussi régulièrement évanouies à l'approche de la saison froide.

Malgré les dénégations embarrassées de notre malade, il est avéré qu'elle était profondément intoxiquée. Le tremblement du visage et de la langue, l'hyperesthésie plantaire avec diminution du réflexe patellaire, le caractère de ses cauchemars et de ses insomnies, les gouttelettes de sueur qui couvraient son front au moindre effort, forment un ensemble de signes dont notre maître, M. Lancereaux, nous a appris à reconnaître la valeur.

Cet éthylisme, et les privations subies par notre malade, telles sont les deux seules notions auxquelles nous puissions rattacher les phénomènes qu'elle présentait. Ces causes sont, il est vrai, bien banales; et si l'on admet que le critérium étiologique soit seul capable de caractériser une entité morbide au point de vue nosologique, notre observation n'est pas de la pellagre. Mais, au point de vue clinique, il n'est pas moins certain que l'éthylisme peut produire simultanément

des troubles trophiques des mains, l'aliénation mentale et la consomption. Ces accidents peuvent se reproduire avec l'allure et la périodicité propres à la pellagre; et ceci suffit à justifier la dénomination qui figure en tête de notre observation : *Pseudo-pellagre d'origine alcoolique.*

REVUE CRITIQUE

La méthode pastorienne et la méthode antiseptique. — De quelques-unes de leurs applications en chirurgie et en médecine, en particulier dans le traitement du choléra morbus, par M. Maurice Notta.

Suite. — Voir le numéro précédent.

II

La *méthode antiseptique*, qui repose tout entière sur les théories pastoriennes et sur le rôle pathogène des microbes dans les maladies humaines, a pour but d'empêcher la production de ces agents morbigènes, leur pénétration dans l'organisme, de lutter contre leur développement, et de les détruire, une fois qu'ils ont envahi et *infecté* l'être vivant. Elle répond donc aux deux grandes indications suivantes : 1° prévenir l'introduction du microbe dans un organisme déjà malade et par conséquent prédisposé; 2° détruire le microbe *in situ*, lorsqu'il est entré dans la place.

Les mesures prophylactiques, qui ne sont que le complément des méthodes antiseptiques, répondent à la première indication, et consistent à placer les malades hors des foyers microbiens septiques et à les soumettre à toutes les règles d'une hygiène sévère. Il est plus facile d'avoir à prévenir la maladie que d'avoir à la combattre. Quand les accidents se montrent, la thérapeutique est trop souvent impuissante; mais l'hygiène peut aller au-devant du mal, et, par une rigoureuse application de mesures préventives, mettre un obstacle sérieux à l'infection. Il ne s'agit plus d'un principe vague, d'un élément insaisissable; on connaît l'ennemi, on sait la route qu'il va suivre; on doit essayer de l'arrêter. Mais, comment? Les moyens sont multiples, comme les agents de transmission, et pour s'opposer à cette transmission, à cette invasion directe du microbe, il faut bien en connaître tous les modes, qui sont, nous le verrons, assez nombreux pour expliquer et justifier les minutieuses précautions conseillées par tous les partisans convaincus des théories microbiennes.

Quels sont donc les agents les plus habituels de la transmission des microbes? Ils sont nombreux et variés : tantôt l'inoculation est portée directement par les instruments, par les objets de pansement, par les personnes qui soignent les malades, aussi bien par le médecin que par l'infirmier; tantôt la transmission se fait à distance, par l'air ambiant saturé de germes, par les objets de literie, par les vêtements, par les rideaux. Dans d'autres cas, le voisinage d'érysipèles, de foyers plus ou moins éteints de suppuration, la proximité d'un abattoir, d'une fosse d'aisances, etc., ont paru provoquer l'infection. C'est contre toutes ces causes que doit lutter la méthode prophylactique, en plaçant le malade, le blessé dans un milieu *parfaitement aseptique*, c'est-à-dire dans une chambre saine, bien aérée, dans laquelle il n'aura pas à craindre la contagion ni la septicité due aux germes atmosphériques et à l'agglomération des malades dans des salles trop petites ou déjà infectées. La première règle à suivre est donc de disséminer, d'isoler les malades, de combattre l'état de *réceptivité*, c'est-à-dire la prédisposition de leur organisme, en surveillant leur état général, en soutenant leurs forces. Quant à empêcher le transport direct de l'agent morbigène, il suffit d'observer tant pour ses mains, pour ses vêtements, pour sa personne que pour ses instruments, les lois de la plus méticuleuse propreté. En résumé, l'hygiène, l'isolement et la propreté absolue, telle est, croyons-nous, la formule de la prophylaxie des maladies microbiennes.

Malheureusement, ces précautions, ces mesures prophylactiques ne sont plus suffisantes, une fois que l'organisme est infecté. Tout en les appliquant avec d'autant plus de rigueur que l'envahissement est plus complet, que le danger est plus grand, que la maladie est plus grave, il faut, en outre, avoir recours à de nouvelles forces, aux véritables agents thérapeutiques, c'est-à-dire aux substances capables d'avoir une action réelle sur la vie des microbes et d'enrayer la marche de la maladie. Ce sont ces substances qu'on appelle *antiseptiques*. Ainsi, tout corps solide ou liquide qui s'oppose à la vie des ferments organisés, qui peut arrêter le développement des microbes ou atténuer leur virulence est un antiseptique. Tous n'agissent pas de la même façon, et pour en citer quelques-uns pris au hasard, — nous en avons compté soixante et plus dans certaines classifications, — l'alcool, l'acide phénique, le sublimé, le chloral, les acides borique, salicylique, thymique, benzoïque, l'iodoforme, etc., ont des modes d'action très variés. Les uns empêchent le développement des microbes, les immobilisent; les autres, plus puissants, agissent directement sur le microbe et le détruisent. On a essayé de déterminer le pouvoir de chaque antiseptique, et l'on a fait un certain nombre d'expériences pour savoir quelle est, suivant l'antiseptique choisi, la quantité minima nécessaire pour détruire un microbe donné. On a même essayé récemment d'établir une classification des antiseptiques, basée sur leur degré d'activité. Mais le problème est beaucoup plus complexe qu'il ne le semble au premier abord, et la seule conclusion pratique tirée de ces essais, est qu'une dose minima de l'agent antiseptique suffit pour obtenir les effets thérapeutiques. Ce n'est donc pas par des doses massives que l'on doit s'attaquer aux parasites, mais par des agents antagonistes donnés en proportions parfaitement inoffensives pour l'organisme. La difficulté consiste à trouver l'agent antiparasitaire propre à chaque microbe! D'autre part, une solution antiseptique qui stérilise un milieu donné pour un microbe donné, ne sera plus suffisante pour tel autre milieu, ni surtout pour tel autre microbe. Les expériences de Nicolaï, Jalan de la Croix (1), ont manifestement prouvé que le même microbe paraît opposer à l'action des antiseptiques une résistance différente, suivant les milieux dans lesquels il s'est développé. Ainsi, pour tuer des microbes cultivés dans une infusion de tabac, il faudra une quantité déterminée d'acide phénique; mais qu'on transporte ces mêmes microbes dans du bouillon de poulet, par exemple, il faudra, pour les détruire dans ce nouveau milieu, une quantité beaucoup moindre d'acide phénique. Enfin, le microbe bactérie ou vibrion, avant d'exister à l'état de complet développement, se présente sous la forme de *corpuscule-germe*, qui oppose à l'action des antiseptiques une résistance incroyable, beaucoup plus grande que celle des microbes à l'état parfait.

Ces considérations, en nous laissant entrevoir les points obscurs, les difficultés de la méthode antiseptique, nous per-

(1) Arch für Experim., Path., 30 janv. 1881.

mettent de comprendre les principes sur lesquels elle repose. La nécessité d'être éclectique, d'avoir recours à des antiseptiques différents suivant les cas, s'impose à tout esprit judicieux et impartial. Il est, jusqu'à nouvel ordre, impossible de déterminer d'une manière précise la valeur d'un antiseptique donné, mais on sait que leur action est plus ou moins grande, suivant la dose et la nature de l'agent employé. C'est ainsi que les propriétés antiseptiques de l'acide phénique sont incontestablement plus grandes que celles de l'alcool et moindres que celles du sublimé, qui est lui-même un agent antiseptique beaucoup plus puissant que l'acide borique. De même, une solution au vingtième (1 gr. pour 20 gr. d'eau) est beaucoup plus active que la solution au cinquantième, au centième, etc. Mais dans certaines circonstances, il faudra employer telle solution et non telle autre : c'est précisément là le rôle du chirurgien de savoir discerner quel est le meilleur antiseptique, dans un cas donné! Nous avons vu des maîtres, aussi consciencieux qu'habiles, apôtres convaincus des théories pastoriennes et de la méthode antiseptique, employer successivement, chez le même opéré, le sublimé, l'acide phénique et l'acide borique, suivant les indications qu'ils tiraient de l'état de la plaie, de la sensibilité du malade, etc. Ce serait donc une grave erreur de croire qu'il faut toujours se servir exclusivement de tel ou tel antiseptique. Il n'y a pas d'antiseptique par excellence ; il n'y a pas de méthode antiseptique proprement dite. Il y a des métodes antiseptiques, dont les agents sont variables, dont le principe est constant, dont le but est unique. L'application de la méthode dans toute sa rigueur, l'éclectisme dans le choix de l'agent antiseptique, telle est, croyons-nous la saine et vraie chirurgie antiseptique.

Parmi les méthodes antiseptiques aujourd'hui employées, il en est deux principales dont les avantages, confirmés par de brillants résultats, ont rallié un grand nombre de praticiens et réalisé un des grands progrès de la chirurgie moderne. Fervents adeptes des doctrines pastoriennes, les auteurs de ces deux méthodes, M. Alphonse Guérin, à Paris, M. Lister, à Edimbourg, ont cherché à remplir les indications résumées dans la formule de M. Pasteur : « Pas de microbe, pas de putréfaction ». Ce fut en 1870 qu'Alphonse Guérin, frappé de l'affreuse mortalité des blessés et des opérés dans les services de chirurgie, imagina son *pansement ouaté*. Le principe de sa méthode, dont il rapporte tout le mérite de l'idée aux travaux de M. Pasteur, repose sur la *filtration de l'air* atmosphérique. En ne faisant arriver sur les plaies de ses opérés que de l'air chimiquement pur, il les préserve de l'action des microbes, miasmes ou germes, que renferme l'air avec son contenu habituel, et s'oppose ainsi à l'altération des liquides organiques de la plaie, dont l'absorption produisait l'infection purulente, cause de tant de morts! Par ce mode de pansement la quantité de ouate employée doit être suffisante pour réaliser les qualités d'un filtre, et ne faire arriver sur la plaie que cet air pur appelé par les anciens « pabulum vitæ ». Les résultats furent excellents, et le pansement d'A. Guérin, appelé à rendre de grands services dans la chirurgie militaire, est encore, de nos jours, une des meilleures applications de la méthode antiseptique.

Vers la même époque (1868), M. Lister, s'inspirant des découvertes de Pasteur et des recherches de Tyndall, avait posé en principe que les germes atmosphériques sont non seulement les agents de l'altération septique de la plaie et de ses liquides organiques, mais encore la cause de la production du pus. Il se propose de les détruire sur la surface même et dans le voisinage de la plaie, dans l'atmosphère qui les contient. La *méthode listérienne*, considérée par la plupart des chirurgiens comme la meilleure formule de la méthode antiseptique, repose donc sur la possibilité d'empêcher la putréfaction des plaies, non plus comme M. A. Guérin, en les garantissant du contact d'un air impur, mais simplement en les pansant avec un agent antiseptique capable de détruire la vitalité des *organismes atmosphériques*, pourvu toutefois que cet agent n'agisse pas avec une trop grande violence sur les tissus vivants. L'acide phénique est, pour Lister, l'agent antiseptique par excellence ; et la façon dont il est employé par l'inventeur de la méthode, mérite de nous arrêter un instant pour donner une idée des soins méticuleux qu'elle exige et du luxe de précautions qu'elle comporte. Sans entrer dans les détails (1), il nous suffira de dire que les instruments, les mains des aides et de l'opérateur, la peau du malade, doivent être soigneusement lavés à l'acide phénique ; les pièces du pansement et les fils à ligature sont purifiés par des macérations prolongées dans une solution phéniquée : enfin, l'air est lui-même désinfecté par des pulvérisations phéniquées, de manière à produire autour du blessé une atmosphère parfaitement aseptique.

Tels sont, résumés d'une façon très succincte, les deux pansements qui ont été les deux premières et grandes formules de la méthode antiseptique. Comme les théories pastoriennes, les pansements d'Alph. Guérin et de Lister sont aujourd'hui connus de tous ; ils reposent sur un principe différent qui les conduit au même but : la suppression du microbe ; le premier empêche les microbes d'arriver à la plaie ; le second les tue par une action chimique. Nous verrons, dans le chapitre suivant, la valeur incontestable de ces méthodes, dont les résultats merveilleux s'affirment chaque jour, au profit des malades et à la gloire de ceux qui les ont inventées.

(A suivre.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AIDE-MÉMOIRE ET FORMULAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN, par le docteur L. DUCHESNE, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1885, O. Doin, éditeur.

L'auteur de ce manuel expose dans les termes qui suivent le but qu'il s'est proposé en publiant son *Aide-Mémoire* : « J'ai pensé, dit-il, qu'il pourrait être surtout utile aux médecins qui, retenus par les exigences de leur fatigante et pénible profession, n'ont pas toujours le temps de parcourir les journaux et la facilité de se tenir au courant des progrès de la thérapeutique. C'est dans ce but que j'ai réuni en un volume les formules qui m'ont paru les meilleures et que j'ai empruntées aux professeurs, aux agrégés, aux médecins et chirurgiens des hôpitaux et à quelques spécialistes distingués. »

Nous nous plaisons à reconnaître que ce petit ouvrage de compilation offre un choix heureux de recettes et donne toutes facilités de satisfaire un penchant louable à ceux qui se préoccupent de formuler sur le modèle des maîtres. M. Duchesne a eu, en outre, la bonne idée d'adopter comme plan l'ordre alphabétique des principales maladies et de faire pré-

(1) M. le docteur J. Lucas-Championnière, le brillant propagateur des idées listériennes en France, a publié, en 1876, un excellent manuel sur la *Chirurgie antiseptique*, où se trouvent exposés les doctrines et le pansement de Lister dans tous leurs détails.

céder chaque chapitre d'un résumé succinct et aussi exact que possible des symptômes capitaux de l'affection dont il expose ensuite le traitement. De cette sorte, son *Aide-Mémoire* équivaut à un véritable petit bréviaire de poche, dans lequel le médecin, aux prises avec les difficultés de la pratique quotidienne, trouvera toujours d'utiles renseignements.

En tête du manuel, se trouvent placés trois tableaux dont l'un est consacré à « l'évaluation en poids des cuillerées, verrées, poignées, pincées »; l'autre, à l'évaluation en « nombre de gouttes d'un gramme des liquides les plus habituellement employés en médecine » ; le troisième, à l'indication des doses maxima des médicaments actifs administrés à l'intérieur. E. R.

REVUE DES THÈSES

Ophthalmologie

Des lésions oculaires dans le goître exophthalmique, par M. Predrono. — Thèse de Paris, 1885, chez A. Parent.

Ce n'est pas chose commune, certes, que de pouvoir, dans l'espace de quelques années, recueillir quatorze observations personnelles de goître exophthalmique ; cette série heureuse a permis à M. Predrono de vérifier et de contrôler les diverses assertions émises au sujet des affections oculaires qui peuvent survenir par le fait de cette maladie.

Les troubles oculaires manquent rarement dans la maladie de Graves. M. Predrono les a rencontrés onze fois sur quatorze cas. En première ligne vient la diminution de l'acuité visuelle observée onze fois, puis des troubles du côté de l'accommodation, imputables, d'après l'auteur, à l'élongation des nerfs ciliaires consécutive à l'exophthalmos.

La pupille a été trouvée le plus souvent moyennement dilatée, fait important, en opposition avec la théorie de la paralysie du sympathique qui, d'après M. le professeur Panas, devrait toujours amener du rétrécissement de la pupille.

Les lésions du nerf optique causées par l'élongation, celles de l'iris et de la choroïde, sont beaucoup plus rares ; quant à l'épiphora, il a peu d'importance ; son mode de formation est facile à saisir : le globe oculaire proéminent, éloigne le point lacrymal du lac lacrymal, d'où larmoiement.

L'exposition de la cornée aux causes nuisibles extérieures, jointe à l'irritation des filets ciliaires, détermine des troubles trophiques sous forme de kératite neuro-paralytique.

Ces symptômes auxquels nous pouvons joindre l'affaiblissement de droits internes, le strabisme et la diplopie qui en résultent, l'astigmatisme et autres vices de refraction, peuvent tous, en somme, s'expliquer par l'exophthalmie.

Le signe de de Græfe, absence des mouvements synergiques du releveur de la paupière et du droit supérieur, n'a point particulièrement attiré l'attention de l'auteur, quoiqu'il l'ait noté dans plus de moitié des observations, 8 fois sur 14, sans compter l'observation III, dans laquelle il n'en est fait aucune mention. Nous pensons pourtant que ce point spécial eût intéressé les médecins qui ont pour habitude de considérer ce symptôme comme pathognomonique et qui seraient volontiers éclairés et sur sa pathogénie et sur sa valeur réelle.

Du ptérygion et de son traitement par la méthode dite d'enroulement, par M. Paul Darrigade. — Thèse de Paris, 1885, chez Alph. Devenne.

Dans la première partie de sa thèse, M. Darrigade expose les différentes opinions émises sur la nature du ptérygion et son mode de développement, les divers aspects sous lesquels il peut se présenter, les conditions professionnelles ou climatériques qui favorisent son apparition. Il retrace en quelques lignes la marche de cette affection et la façon de la distinguer de quelques maladies oculaires, telles que le pinguecula, le symblépharon, avec lesquels le ptérygion pourrait avoir quelque analogie. Puis vient la partie importante de son ouvrage, le traitement.

Les traitements sont très nombreux, dit-il, et leur nombre même prouve combien ils sont impuissants. Il ne mentionne que pour mémoire le traitement médical ; il passe ensuite successivement en revue les divers traitements chirurgicaux, la scarification, les différents procédés de ligature et d'excision avec ou sans autoplastie, qui tous ont été, dans une plus ou moins grande proportion, suivis de récidive. Enfin, il expose le procédé de M. Galezowski, procédé par enroulement.

M. Galezowski saisit avec une pince le sommet du ptérygion, le sépare minutieusement de ses adhérences cornéennes, puis achève de le disséquer jusqu'à sa base. Il ne sort guère de la limite de la tumeur, c'est-à-dire n'intéresse point les parties voisines de la conjonctive.

Quand le ptérygion est libre dans toute sa longueur, il prend un fil dont les deux chefs sont armés de deux aiguilles courbes et traverse le sommet avec les deux aiguilles, de manière à le tenir pris dans une petite anse. Puis, retournant successivement les deux aiguilles en dedans, il vient les faire ressortir tout à fait à la base de la tumeur, l'une près du bord supérieur, l'autre près du bord inférieur. Il prend ensuite les deux chefs et les réunit fortement par un nœud. En serrant ainsi, la tête de l'onglet s'enroule en dedans et vient s'appliquer près de la base, qui, elle, est étranglée par le nœud.

M. Darrigade termine en disant qu'il a vu ce procédé réussir dans des cas où toutes les autres méthodes avaient échoué, et que, depuis cinq ans, il n'a pu relever à son compte aucune récidive.

Des dermoïdes de l'œil, par M. Larbouret. Thèse de Paris, 1885.

Les dermoïdes de l'œil n'avaient pas encore jusqu'ici attiré d'une façon spéciale l'attention des auteurs. C'est à grand'peine que M. Larbonret a pu en recueillir quelques observations dans la littérature médicale. Son travail, inspiré par M. le professeur Panas, est donc complètement neuf, quoique se rattachant à cette éternelle question des dermoïdes, si diversement encore interprétée.

Les dermoïdes de l'œil sont de petites tumeurs siégeant le plus souvent sur le diamètre horizontal au niveau du limbe scléro-cornéen ; leur volume peut varier d'une lentille à une olive ; ils ont un aspect gris jaunâtre, quelquefois blanc nacré, et, vers la puberté, ils se couvrent de poils qui peuvent prendre un accroissement considérable. Ces tumeurs se distinguent facilement du pinguecula, du lipôme, et du sarcome de la conjonctive, la confusion est peu possible. Tous les éléments de la peau, épiderme, papilles, glandes sudoripares et sébacées, rentrent dans leur constitution. Comment se développent-elles ? M. le professeur Ryba avait, dès 1838, émis une première théorie en vertu de laquelle l'ectoderme ne se transformerait en conjonctive qu'autant qu'il serait entièrement recouvert par les paupières ; celles-ci venant à subir un arrêt de développement, la transformation de l'ectoderme en conjonc-

tive ne se ferait pas au niveau de l'encoche, d'où dermoïde. Cette théorie, passible d'un grand nombre d'objections, n'est pas adoptée par M. Larbouret : pour lui, les dermoïdes reconnaissent pour cause des adhérences amniotiques empêchant le développement complet des paupières et donnant naissance sur le globe oculaire à des invaginations du voile palpébral primitif.

Sur l'ophthalmie sympathique, par M. Fauchard. Thèse de Paris, 1885.

A propos des quatre cas d'ophthalmie sympathique observés à l'Institut départemental de Rouen, M. Fauchard, comme résultat de ses réflexions, pose les conclusions suivantes :

L'excision du prolapsus irien et ciliaire peut donner une marche aiguë et une forme grave à des accidents sympathiques bénins ou latents.

L'ophthalmie sympathique, même dans les formes assez graves, peut guérir sans énucléation.

Celle-ci est bien souvent utile, quelquefois indispensable, très souvent nuisible; il y a alors lieu de la pratiquer, toutes les fois qu'il s'agit d'un œil définitivement perdu.

Le traitement médical doit être combiné à l'énucléation; il a une très grande importance.

De la cocaïne et de son emploi en ophthalmologie, par M. Sciaky. — Thèse de Paris, 1885.

Après les nombreux travaux parus ces temps derniers sur la cocaïne, on aurait pu croire le sujet épuisé. M. Sciaky n'a pas craint pourtant d'en faire encore le sujet de sa thèse inaugurale.

Il donne un excellent résumé de tout ce qui a paru jusqu'à ce jour sur cet anesthésique ; il examine ses propriétés chimiques et physiques, son action physiologique si curieuse ; et tout en relatant les usages divers que l'on peut en faire en médecine, il examine plus spécialement son emploi en ophthalmologie. Ici, peu de choses nouvelles ; signalons pourtant cette conclusion : la cocaïne abaisse le tonus de l'œil, lorsque celui-ci est normal; malgré son action mydriatique, elle pourra probablement être employée dans les opérations d'iridectomie et de sclérotomie, dirigées contre le glaucôme ; car, même dans ces cas, elle ne semble pas augmenter la pression intra-oculaire comme le fait l'atropine.

Toupet.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau traitement local de l'eczéma et de quelques autres affections cutanées. — Connaissant par expérience les difficultés que les praticiens rencontrent si souvent dans le traitement local des affections cutanées, j'ai cherché à réaliser en un pansement unique les diverses conditions qui paraissent le mieux réussir dans certains cas très fréquents ; et, pouvant m'appuyer aujourd'hui sur de nombreux faits, je viens soumettre à mes confrères le procédé que j'emploie.

Je me suis attaché au traitement local pour plusieurs raisons.

Le traitement général n'est pas celui qui embarrasse d'habitude, et, comme il est sujet à variations, il est bon que chacun le détermine suivant le cas et suivant le malade.

Ce traitement local, tout en restant difficile dans sa forme, peut se généraliser davantage, en raison des ressemblances qui existent dans les lésions anatomiques. Il est en outre considéré par bon nombre d'excellents esprits comme le plus actif et le plus rapide ; pour Hébra même, c'est le seul véritablement utile. Nous en voyons chaque jour des exemples dans la couperose et dans l'acné, dans le lupus, le psoriasis, l'eczéma. Et le traitement général lui-même n'agit fréquemment que d'une façon simplement locale. Ainsi l'arsenic, si souvent indiqué, ne modifie la maladie qu'en s'éliminant par la peau. Mais ce traitement local est toujours resté et reste encore incertain, malgré les progrès accomplis.

On a commencé par supprimer les corps gras, les pommades, etc. Puis on a cherché par divers tours de mains ingénieux à isoler la surface malade des agents extérieurs, tout en y maintenant divers topiques. Le caoutchouc, la gutta, la traumaticine, la gélatine, le collodion, ont été tour à tour employés dans ce but.

Mais il faut bien avouer que ces divers moyens ne sont guère applicables qu'à l'hôpital, ou tout au moins ils obligent le malade à garder la chambre, uniquement à cause de son pansement, ce qui est une cause trop fréquente d'irrégularité dans le traitement et, partant, une cause d'insuccès.

Ayant obtenu avec un nouveau produit, l'ichtyol, que nous a fait connaître le docteur Unna (de Hambourg), des résultats qu'aucun autre agent ne m'avait encore donnés, j'ai cherché à combiner l'emploi de ce médicament avec un pansement qui fût à la fois permanent, isolant, facile à appliquer par le malade lui-même, et facile à conserver sans nuire à ses occupations habituelles.

J'y suis arrivé au moyen d'une *pellicule* médicamenteuse, — sorte d'épiderme artificiel, — très résistante et très souple en même temps, qui adhère parfaitement sans aucun bandage, qui s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude (35 à 40 degrés), et qu'il suffit de renouveler tous les trois ou quatre jours.

On voit à première vue tous les avantages qui ressortent de cette application topique si simple. Quant aux résultats pratiques, les voici :

Dans l'eczéma aigu, mais seulement celui à forme humide, dans toutes les variétés d'eczémas chroniques, notamment l'eczéma des membres inférieurs, où la pellicule, appliquée en bandelettes imbriquées, donne une compression méthodique très favorable, dans le prurigo, dans le lichen, on observera dès la première application un changement des plus favorables. Les démangeaisons cessent immédiatement, les sécrétions se modifient et disparaissent, et à chaque renouvellement du pansement on voit en quelque sorte marcher la guérison.

Dans le psoriasis, les premiers essais ont paru favorables, mais c'est une expérience à poursuivre.

Les faits dont je parle n'ont pas été observés par moi seul ; ils ont été confirmés par les observations d'un nom déjà considérable de médecins, et c'est ce qui m'a décidé à les faire connaître, bien certain aujourd'hui que les praticiens trouveront dans l'emploi de cette pellicule une ressource qui pourra leur rendre les plus grands services.

J'ai déjà indiqué incidemment le mode d'emploi.

On taille dans cette pellicule, qui est en rouleau, un morceau approprié à la partie sur laquelle on doit l'appliquer, unique ou découpé sur les bords, ou bien en bandes ou bandelettes, selon l'indication.

On l'humecte en la laissant surnager un instant sur de l'eau chaude dont la température pourra être supportée par la main. On applique en tamponnant, et en quelques minutes la pellicule fait corps en quelque sorte avec la peau.

Après le second jour, l'action commence à s'épuiser. Il est donc des cas où l'on fera bien de renouveler la pellicule sans plus attendre. Et si l'on éprouve quelques difficultés pour l'enlever, sur les parties couvertes de poils, par exemple, — il suffira de détacher un angle avec de l'eau chaude et d'humecter les deux faces en tirant légèrement.

(Gazette des hôpitaux.) Dr Gécé.

FORMULAIRE

POTION AU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE, CONTRE LE MAL DE MER.

Le professeur MANASSEÏN (de Saint-Pétersbourg) a employé avec succès, pour prévenir le mal de mer, le chlorhydrate de cocaïne administré en potion suivant la formule :

Rec. Chlorhydrate de cocaïne . . . . . . 0 gr. 15
Ajouter :
Alcool rectifié q. s. pour dissondre.
Eau distillée . . . . 150 grammes.

M. A prendre une cuillerée à thé de cette potion toutes les deux ou trois heures, aussitôt après l'embarquement.

D'autres essais, faits avec le même médicament par un médecin allemand, M. OTTO, à bord du navire *l'Ems*, qui fait le service régulier entre Brême et New-York, ont également donné de bons résultats. M. Otto prescrivait :

Rec. Chlorhydrate de cocaïne. 1 gramme.
Eau distillée. . . . . 9 —

M. Dose quotidienne : trois prises au maximnm de 0,015 à 0,02 chacune (ce qui revient, si la prescription ci-dessus est exacte, à administrer chaque fois de trois à quatre gouttes de la solution). M. Otto conseille de faire prendre, en même temps que le remède, un petit morceau de glace.

(BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1885, nos 35 et 43.)

E. R.

NOTES & INFORMATIONS

PETIT COUP D'ŒIL SUR LA PRESSE MÉDICALE. — Il se publie à Paris un journal de médecine qui fait grand bruit avec *ses correspondants spéciaux de l'étranger*, qui croit avoir le monopole des informations rapides et complètes, qui morigène vertement et accuse publiquement de plagiat pour le moindre emprunt qu'on lui fait, qui se dresse chaque jour nn piédestal et prétend de la dominer et régenter la presse médicale : chacun a nommé la SEMAINE MÉDICALE.

De telles prétentions sont-elles véritablement justifiées ?

Jalonse des lauriers des organes de la grande presse, tels que le TIMES, le NEW HERALD, le TEMPS, le FIGARO, etc., la SEMAINE MÉDICALE entretient à *grands frais* (c'est elle qui le dit) des correspondants spéciaux dans les principales villes du monde civilisé : nous reconnaissons volontiers qu'elle dépasse sous ce rapport les autres journaux de médecine qui, suivant elle, seraient trop pauvres ou trop économes pour se payer ce luxe, mais qui pourraient bien aussi ne pas se l'imposer par cette bonne raison qu'il est inutile à l'intérêt bien compris de leurs lecteurs.

Nous venons de parler d'informations *rapides* et *complètes* ; ces deux qualités, comme on va le voir, ne marchent pas toujours de front, et l'on doit le plus sonvent sacrifier l'une à l'autre. Or si, dans le monde politique, la *rapidité* est la première de cee qualités, et si, à ce point de vue, les journaux se livrent à un véritable « steeple-chase », sauf à compléter, à rectifier, ou même à démentir le lendemain ce qu'ils ont annoncé la veille, dans le monde scientifique, où les informations restent et sont plus tard revues, consultées, il vaut mieux les avoir *complètes* et *exactes* que *rapides*.

Au point de vue de la *rapidité* des informations venues de l'étranger, la supériorité de la SEMAINE MÉDICALE est difficile à contester. Nous ne craignons même pas de lui faire une petite réclame en rappelant que, dans le numéro du 16 septembre dernier, elle a publié, par *dépêche télégraphique*, le compte rendn du Congrès de Pérouse. La SEMAINE a oublié de dire si ce compte rendu, palpitant d'intérêt, qu'elle transmettait par la voie rapide de l'électricité à ses lecteurs, était un *compte rendu sténographié*. Nous devons faire observer d'ailleurs que cette supériorité de la SEMAINE n'est pas absolue ; c'est ainsi que le compte rendu de la Société de médecine interne de Berlin, l'une des sociétés les plus importantes, paraît dans le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES le même jour que dans la SEMAINE MÉDICALE.

Mais les informations de la SEMAINE sont-elles aussi *exactes* ou *complètes* que *rapides*? Un exemple servira de réponse, et il nous est fourni par le compte rendn de la *Réunion des naturalistes et des médecins allemands à Strasbourg*, qui a été le point de départ d'un conflit entre la SEMAINE et un antre organe de la presse médicale.

Le compte rendn de cette réunion, fait par le *correspondant spécial* de la SEMAINE, a paru dans ce journal le 23 et le 30 septembre.

Le compte rendu de la même réunion, rédigé par un de nos collaboratenrs, d'après le *Compte rendu officiel des travaux du Congrès* (1), a paru dans les numéros des 14, 21, 29 octobre et 4 novembre du JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES, qui publiera la fin dans le numéro du 11 novembre.

Le tableau suivant montre comparativement et par section le nombre des communications analysées respectivement dans les deux journaux on indiquées par le titre et le nom de l'auteur ; les premièree sont désignées par la lettre *a*; les secondes par la lettre *i* :

SECTIONS.	NOMBRE DES COMMUNICATIONS ANALYSÉES OU INDIQUÉES Semaine médicale.	 Journ. des Soc. scientifiques.	
Chirurgie	8 *a*	12 *a*	
Médecine interne.	1 *a*	12 *a* 3 *i*	
Anatomie pathologique (2) . .	3 *a*	16 *a* 1 *i*	
Dermatologie et syphiligraphie	1 *a*	12 *a* 1 *i*	
Gynécologie.	9 *a*	14 *i*	
Pédiatrie	3 *a*	10 *i*	
Physiologie	1 *a*	9 *i*	
Pharmacologie	0	11 *a*	In *Gaz. méd.*, nos 42 et 43.
Psychiatrie et neurologie . .	0	10 *a* 2 *i*	
Laryngologie	0	7 *i*	
Otiatrie.	0	14 *i*	
Ophthalmologie.	0	9 *i*	
Hygiène.	0	8 *i*	
Médecine militaire	0	5 *i*	paraîtront dans le prochain no du *J. des Soc. sc.*
Médecine vétérinaire.	0	9 *i*	
Anatomie et anthropologie . .	0	13 *i*	

(1) Ce compte rendu officiel, imprimé au fur et à mesure des séances, a été mis en distribution à la fin de septembre.

(2) Une de ces communications, attribuées à tort à la section d'anatamie pathologique, a été faite dans la section de psychiatrie et neurologie.

Ainsi, tandis que la SEMAINE MÉDICALE n'a analysé que 26 communications et n'en a indiqué aucune, le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES en a analysé 73 et indiqué 105.

Entre ces deux comptes rendus, l'un hâtif, mais forcément incomplet (1), l'antre en retard de deux ou trois semaines sur le précédent, mais aussi complet que possible, le choix des travailleurs ne saurait être douteux.

En ce qui concerne les travaux français, la SEMAINE MÉDICALE perd tous ses avantages, tant au point de vue de la rapidité que de l'étendue de ses informations. Le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES publie, comme elle, le mercredi matin, le compte rendu de l'Académie des sciences et celui de l'Académie de médecine. Ce dernier compte rendu, que la SEMAINE a eu la prétention de donner *sténographié*, n'est, en définitive, ni plus ni moins complet que les comptes rendus analytiques des autres journaux. Par contre, le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES publie les travaux d'un grand nombre de Sociétés françaises qui ne trouvent pas de place dans la SEMAINE MÉDICALE.

La conclusion à tirer de ces quelques considérations est que la SEMAINE MÉDICALE a tout lien d'être plus modeste, et que certains procédés de la grande presse transportés par elle dans la presse médicale sont moins propres qu'on ne pourrait le penser à servir les véritables intérêts de la science.

— LE PROFESSEUR CHARLES ROBIN JUGÉ PAR UN DE SES ADVERSAIRES SCIENTIFIQUES. — En attendant la notice biographique que la GAZETTE MÉDICALE consacrera prochainement à Charles Robin, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs l'article que lui a consacré, dans le LYON MÉDICAL, notre collaborateur, M. le professeur Renaut, l'un des maîtres de l'École qui combattit celle de Robin. Cette juste et digne appréciation de l'œuvre du savant histologiste par l'un de ses adversaires scientifiques fait honneur à l'un et à l'autre, et contraste heureusement avec tel autre jugement inspiré par un sentiment de haine et de rancune qui n'a pas abdiqué même devant un cercueil :

« Charles Robin vient de mourir après avoir exercé sur l'histologie française une longue influence qui ne fut pas toujours sans excès d'autorité. C'est à peine si, autour de son cercueil et dans son village natal, où la mort l'a frappé, l'Université de France a été représentée autrement que comme il convient strictement lors des obsèques d'un sénateur. Celui qui écrit ces lignes a toute liberté pour regretter qu'il en ait été ainsi; il appartient à une tout autre école qu'à celle de Robin : à une école répudiée même par lui comme étrangère. Mais si la science admet des luttes d'opinion et des discussions souvent passionnées, il est une chose du moins qu'elle n'admet pas : l'indifférence de ses pairs à l'égard de l'un des hommes de ce siècle qui, dans son temps, travailla le plus, et qui, après avoir longtemps travaillé, n'eut que le tort de considérer prématurément son œuvre comme assez parfaite pour n'y point souffrir la moindre de ces retouches qu'impose cependant le progrès à toute chose humaine.

« Le temps n'est pas venu de juger encore l'œuvre de Robin. L'on peut dire cependant qu'en faisant accepter comme une science, dans notre pays, l'histologie qui revenait d'Allemagne, où les travaux de notre Bichat l'avaient fait naître, avec des méthodes nouvelles et de larges conceptions qui ont servi de base à toute l'anatomie pathologique actuelle, Robin a rendu à la patrie et à la science un service dont personne n'a le droit de lui marchander la gratitude.

« Il eut plus tard un autre mérite. Avec Henle, ce maître des histologistes modernes, il se refusa toujours à admettre la *théorie plasmatique* de Virchow, qui domina la science et consacra un instant la plus grossière erreur anatomique de notre temps. Il rendit ainsi un signalé service, car la conception de Virchow conduisait la physiologie, qui maintenant aborde l'étude des éléments anatomiques, dans une voie absolument sans issue. La façon dont on comprend la nutrition et la connaissance du dispositif anatomique (qui est celui-là même du stroma de l'organisme), relatif à cette fonction, exerceront, en effet, toujours sur les théories physiologiques du moment une influence considérable. Il convient de rappeler ici que l'une des plus belles découvertes anatomiques des temps modernes, celle des gaînes périvasculaires des centres nerveux, appartient aussi à Robin, et que son *Traité des humeurs* est resté une des bases de l'humorisme moderne. Il faut bien dire, enfin, que Robin avait tiré de ses études, à une heure fixée par lui, une philosophie qui lui était propre et qu'il eut peut-être le tort de considérer comme complète, absolue et inattaquable, dès qu'il en eut donné la formule. De là, depuis déjà plus de vingt ans, la lutte incessante dont ses idées, ses théories, mais jamais les faits réellement établis par lui, furent à la fois le point de départ et comme le pivot. Ces querelles avaient d'ailleurs, pour ainsi dire, cessé d'exister et de troubler la science dans ces dernières années ; car toute une portion de l'école française, portion à laquelle le signataire de cette notice a l'honneur d'appartenir, avait continué sa marche en avant sans souci des théories. L'autorité de Robin fut ébranlée davantage par cette décision de ses contemporains que par toutes les contradictions précédentes ; mais sa foi dans les principes qu'il avait cru établir ne sembla en subir aucune atteinte ; et c'est avec une impassibilité qui n'est pas sans grandeur qu'il sut assister à la dislocation et à la chute de son école, qui enfin disparaît tout entière avec lui.

« La Faculté de médecine de Lyon, qui garde dans la salle de ses actes le portrait de Charles Robin comme celui de l'un de nos compatriotes les plus illustres, n'a malheureusement pu être représentée aux obsèques de ce maître, qui ne fut pas le mien, mais que je veux néanmoins, au nom de la science que je professe, et pour laquelle il a lutté, saluer ici dans la mort. « J. RENAUT. »

— D'après le relevé statistique du docteur Passant, le service médical de nuit dans la ville de Paris a fait, du 1er juillet au 30 septembre, 1,907 visites, ce qui donne une moyenne de plus de 20 visites par nuit, 1 en moyenne par arrondissement. Mais cette moyenne ne donne pas la proportion exacte, car, dans ces 90 jours, il y a eu 208 visites pour le XIe arrondissement, et seulement 23 pour le VIIIe.

Les femmes forment toujours plus de la moitié du chiffre total (52 pour 100), ce qui s'explique par le nombre considérable d'accouchements et de fausses-couches (318), sans compter diverses autres maladies de femmes. Parmi les accidents qui ont nécessité quelques-unes de ces visites de nuit,

(1) Nous disons *forcément incomplet ;* un seul reporter ne saurait, en effet, assister à la fois aux travaux de 16 sections dont les séances ont lieu aux mêmes heures, dans des locaux différents, et pendant trois jours seulement. Aussi la SEMAINE MÉDICALE garde le silence sur 9 de ces sections. Ce n'est pas un, mais plusieurs correspondants qu'elle aurait dû avoir à ce Congrès.

il y a en 83 hémorrhagies, 111 plaies, 34 fractures, 10 empoisonnements, 8 asphyxies par le charbon et 5 suicides. Dans 62 cas, le malade était mort à l'arrivée du médecin.

R. F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Un des internes des hôpitaux les plus estimés et les plus aimés, un des plus nouveaux, mais des plus appréciés collaborateurs de la Gazette médicale, Maurice Notta, vient de succomber à Paris dans sa vingt-septième année, d'une affection thoracique à marche brusquement funeste.

D'une famille où notre profession possède un de ses dignes représentants, Maurice Notta, bien préparé par l'exemple paternel, témoigna dès le début d'une singulière aptitude médicale. Encore tout jeune étudiant, il s'était suffisamment distingué pour mériter le choix de préparateur du cours d'anatomie à l'amphithéâtre de Clamart. Bientôt, du reste, après une année de service provisoire à la Maison de santé, il obtenait dans les premiers rangs sa place d'interne titulaire. En dépit d'avertissements maintes fois reçus qui lui commandaient un repos nécessaire, Notta voulut remplir toutes les obligations de son service, et les fatigues qu'il en subit le précipitèrent vers la catastrophe dont il n'a jamais pu se relever. Bien qu'irrémédiablement blessé, il avait trop à cœur ses études et son avenir pour accepter l'idée d'abandonner définitivement son titre et ses fonctions. Pendant les périodes d'éloignement imposées, il trouvait le moyen de rechercher et de rassembler les documents curieux qui servaient de base aux travaux qu'il comptait publier.

On le connaissait jusque là travailleur intelligent, muni de connaissances solides, observateur toujours à l'affût des curiosités de la clinique, on le connut alors se révélant, écrivain délicat et distingué, excellent — comme tous ceux qui savent vraiment bien — à rendre clair et attrayant tout ce qu'il abordait.

S'étant astreint à ne rien laisser échapper des faits intéressants qui passaient à sa portée, à se tenir au courant de toutes les nouveautés, à tout lire, il avait, dans ces derniers temps, considérablement accru son savoir et mûri sa pensée et passait, à juste titre, pour un des plus et des mieux instruits de la jeune génération. Aussi n'y a-t-il pas à s'étonner qu'il ait pu mener à bien cette tâche difficile d'être à la fois collaborateur actif et lu dans l'Union médicale, la Gazette médicale et les Archives de médecine, sans préjudice des nombreuses et remarquables communications qu'il présentait aux Sociétés anatomique et clinique.

A toutes ces qualités hommage légitime a été rendu par les maîtres bien placés pour bien juger ; mais, par un heureux concours, Notta possédait encore d'autres plus précieux avantages. C'était une intelligence ouverte, un travailleur acharné, un écrivain alerte ; c'était surtout un camarade cordial d'entrain et de bonne humeur, un ami sûr, d'une loyauté à toute épreuve. Ceux qui l'ont bien connu savent de quel prix il considérait l'amitié, quelle haute idée il en avait, comme il en comprenait tous les devoirs et comme il s'efforçait de les remplir et au-delà. Pour tous il était obligeant, et donnait par mille attentions obscures et dévouées la marque de sa nature d'élite ; mais, pour ses amis, il était d'une prodigalité d'affection intarissable.

Maurice Notta avait tout, hors la santé. Depuis bien des mois, au mortel désespoir de ceux qui l'approchaient et l'aimaient, Notta s'affaiblissait de jour en jour davantage. Tous les efforts et toutes les illusions des siens n'ont pu retarder l'instant fatal : vendredi, 30 octobre, Notta s'est éteint dans nos bras, sans ombre de défaillance, résigné, affectueux et souriant, comme il avait vécu, laissant un chagrin amer dans le souvenir toujours attristé de ses amis, un vide immense dans le cœur de ses parents dont il était tout l'espoir et l'orgueil.

T.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Louis Maloizel, médecin en chef honoraire de l'hospice de Fontainebleau, décédé à l'âge de soixante-neuf ans.

***

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1885, la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— MM. Bourgoing et Desplats, agrégés, sont rappelés à l'exercice, du 15 octobre au 15 novembre 1885.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont autorisés à faire les cours complémentaires gratuits ci-après désignés MM. les agrégés dont les noms suivent :

MM. Artigalas, microbes pathogènes, fièvres typhoïdes, choléra, angines ; — Rondot, diagnostic, percussion, auscultations ; — Lagrange, chirurgie d'armée ; — Arnozan, dermatologie ; — Boursier, pathologie externe.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Baumel, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales.

***

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Panis, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologique (chaire transformée).

***

Cours. — Le cours de médecine légale pratique a commencé à la Morgue le mercredi 4 novembre 1885, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il aura lieu dans l'ordre suivant : les mercredis, par M. le professeur Brouardel ; les vendredis, par M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis, par M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité), quai du Marché-Neuf, 2. Ces conferences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du mardi 10 novembre, à trois heures de l'après-midi : les jeudis, par M. le docteur Descoust ; les mardis, par M. le docteur Vibert, et les samedis, par M. Jules Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté, MM. les docteurs en médecine et les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, 2) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Clinique des maladies des femmes à l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons de clinique des maladies des femmes le mardi 24 novembre 1885. — Tous les jours, exercices cliniques, salle Sainte-Marie. — Le jeudi, consultations avec examen au spéculum. — Le mardi et le samedi, leçons dans l'amphithéâtre Desault.

Maladies des femmes. — M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, no 9, le lundi 9 novembre, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques le jeudi 12 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants.

— M. le professeur Charcot a commencé ses leçons du mardi (consultation externe) le mardi 3 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et ses leçons du lundi (cliniques des maladies du système nerveux) commenceront le lundi 16 novembre, à la même heure.

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Panas reprendra ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le lundi 9 novembre, à neuf heures, et les continuera les vendredis et lundis suivants.

Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis, à neuf heures.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 25 AU SAMEDI 31 OCTOBRE 1885.

Fièvre typhoïde 37. — Variole 8. — Rougeole 23. — Scarlatine 5. — Coqueluche 3. — Diphthérie, croup 25. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 1. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 30. — Phthisie pulmonaire 186. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 75. — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 15. — Pneumonie 42. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 20. — au sein et mixte 19. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 92. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 60. — de l'appareil digestif 45. — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 3. — des os, articulations et muscles 5. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 25. — Causes non classées 10. — Total de la semaine : 883 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Les taches de sang, leur signification, leur importance en médecine judicaire, par le docteur A. Florence, pharmacien de 1re cl., professeur de chimie, etc., etc. Une brochure grand in-8 de 180 pages, avec 8 planches et 3 photographies. — Prix : 4 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etude pratique sur l'assainissement des navires, et particulièrement des transports hôpitaux, par M. S. Raoux, pharmacien de 1re classe de la marine. Une brochure in-8 de 25 pages. — Prix : 75 c. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouvelles recherches sur le traitement du tænia, par le docteur Béranger-Féraud, directeur du service de santé de la marine. Une brochure in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon

Les travaux sur le rhumatisme et la goutte en 1884, par le docteur H. Cazalis, médecin à Aix (Savoie). Une brochure in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Nouveau procédé de strabotomie, par le docteur Boucheron, médecin des lycées de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Une brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 1 fr. — Paris. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Bulletins de la Société anatomique de Nantes, recueillis par le docteur A. Malherbe, 7e année, 1883. Un volume in-8 de 135 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II | N° 46 | 14 NOVEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, conférence par le docteur JULES SIMON.

Suite. — Voir le numéro précédent.

Anatomie pathologique. — Tous les ganglions intra-thoraciques peuvent être modifiés, dans leur volume et leur composition, par les nombreuses altérations des organes du voisinage; vous comprenez donc que le sujet qui nous occupe n'est plus limité à la seule tuberculisation des ganglions bronchiques.

Pour quels motifs n'en serait-il pas ainsi ? Les glandes thoraciques, comme celles des autres régions, sont accessibles aux influences prochaines, aussi bien que les ganglions sous-maxillaires et cervicaux aux inflammations buccales et pharyngées. Je vais plus loin, et, en me hasant sur des autopsies exceptionnellement favorables à cette assertion, dont les pièces vous ont été présentées, j'affirme qu'il n'existe pas une inflammation simple ou grave des organes intra-thoraciques, et particulièrement des bronches et de l'appareil respiratoire sans un retentissement ganglionnaire. Cette loi primordiale ne signifie pas que les ganglions atteints provoqueront toujours une symptomatologie spéciale, mais elle établit un fait général dont l'importance grandit dans les inflammations chroniques et les dégénérescences. Les adénopathies sont alors capables d'irriter les organes voisins par la compression qu'elles exercent et les fluxions paroxystiques qu'elles provoquent.

Sans doute le jeune âge et la prédisposition individuelle favorisent ce développement et cette susceptibilité ; mais il n'en est pas moins avéré que le véritable point de départ est ou une épine, ou un produit du voisinage, ou enfin un état cachectique.

Par ordre de fréquence, ces altérations sont : 1° la congestion ; 2° l'inflammation ; 3° l'hypertrophie ; 4° les dégénérescences scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, et l'adénie.

Contrairement à l'opinion généralement admise, la congestion et les inflammations ganglionnaires occupent selon moi, le premier rang. Ces congestions ou inflammations ganglionnaires sont aiguës ou chroniques. Aiguës, comme les affections qui en sont les causes : bronchites simples généralisées, capillaires, broncho-pneumonies, diphtéries, pneumonies, pleurésies aiguës ; chroniques : inflammation simple, suite de rougeole, de coqueluche ou de scrofule.

C'est aussi par l'influence de ces processus divers, revenant on se prolongeant à de longues échéances, que les glandes intra-thoracique passent à l'état scléreux et qu'elles acquièrent une hypertrophie de volume variable, susceptible d'augment ou de retrait, mais toujours d'une évolution essentiellement lente. Les perturbations dues à une altération quelconque des ganglions intra-thoraciques dépendent de trois ordres de causes : mécaniques, physiologiques ou pathologiques.

FEUILLETON

UNE VISITE A L'HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES.

Aujourd'hui les voyages à l'étranger ne sont plus rares ; nos confrères passent volontiers la frontière et, quoi que répètent trop complaisamment nos voisins, ils se tiennent fort assidûment au courant de ce qui se fait hors de chez nous. Londres est un des lieux les plus fréquentés dans ces pèlerinages scientifiques, et les médecins français y sont attirés à la fois par la valeur du corps médical anglais et par la renommée de la bonne installation des hôpitaux qui sont cités à juste titre comme des modèles à proposer à notre administration. Mais si tous vont visiter les établissements les plus célèbres, San Thomas, Bartholomew's, Samaritan hospitals, etc., combien en est-il qui consacrent quelques instants à une visite de l'hôpital français ? Bien peu assurément, et pour notre compte nous savons un certain nombre de nos confrères qui soot revenus de Londres, ignorant l'existence même de cet établissement où ils auraient trouvé, avec un cordial accueil, de quoi satisfaire leur curiosité scientifique.

Cet oubli, nous ne voulons pas dire ce dédain, n'est pas justifié, et même en faisaot abstraction de ce que demanderait le patriotisme le moins suspect de chauvinisme, on trouverait un vif intérêt à parcourir cette modeste construction ; elle est située aux environs de Leicester square, au centre du quartier français; c'est là que l'hôpital a été fondé et qu'il a peu à peu pris les proportions qu'on lui voit aujourd'hui. Les commencements ont été modestes, comme ceux d'ailleurs de la plupart des établissements hospitaliers de Londres. On sait, en effet, qu'il n'existe rieo dans cette ville qui rappelle de prés ou de loin une *Assistance publique*, c'est-à-dire une administration destinée à centraliser les ressources et régler les dépenses d'un ensemble d'hôpitaux ou hospices. Aucun hôpital ne reçoit de subvention ni de l'Etat, ni de la municipalité ; ils sont tous soutenus par des sonscriptioos volontaires émanant de particuliers à qui est conféré en échange le droit d'y faire admettre des malades. Aussi les étrangers résidant à Londres ont-ils beaucoup de peine, faute de recommandations, à être admis dans les hôpitaux anglais.

Quand on s'occupait exclusivement de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques, on recherchait plus particulièrement et avec raison des accidents de compression, d'usure, d'excavation et de destruction, conséquence finale de la fonte tuberculeuse.

Tout en vous relatant avec soin ces désordres importants, de compression pour la simple hypertrophie, compliqués de destruction pour les dégénérescences, je ne cesserai de mettre ici en relief l'irritation apportée dans la région du voisinage du ganglion, dans l'atmosphère celluleuse où il est fixé.

Ce travail irritatif voisin a cela de particulier qu'il est d'une intensité variable; tantôt congestionnel, tantôt inflammatoire, douloureux ou non, il exerce sur les nerfs et la vitalité des organes intra-thoraciques une suractivité intermittente qui nous rendra compte de la mobilité des phénomènes observés, et de l'acuité inégale des symptômes fonctionnels qui ne sont pas toujours en rapport avec le volume des masses ganglionnaires. Je reviendrai souvent sur ce petit point de physiologie pathologique; il m'est familier, et je tiens beaucoup à vous en bien pénétrer. En résumé, l'adénopathie bronchique détermine des accidents de compression, des lésions mécaniques ou des destructions pathologiques, et enfin des perturbations fonctionnelles dépendant des poussées congestives de l'atmosphère celluleuse du voisinage.

Etudions au préalable les lésions de compression et de destruction des organes. — Les premières sont en rapport avec le volume, le nombre et le siége des ganglions. Les secondes sont dues à leur suppuration, ou leur dégénérescence tuberculeuse.

La compression mécanique des bronches, des vaisseaux, des nerfs et des organes du voisinage, peut aussi bien être exercée par la congestion, l'inflammation, surtout l'inflammation chronique, l'hypertrophie des glandes intra-thoraciques, que par l'augmentation de volume des glandes frappées de dégénérescence. Tant que le volume des ganglions ne dépasse point des limites restreintes, les effets physiologiques sont plus saillants que les lésions anatomiques; du moment où il prend des proportions considérables (ce qui n'a lieu que dans les scléroses ou les engorgements scrofuleux ou tuberculeux), on le voit comprimer les organes voisins et troubler profondément leurs fonctions. Rappelez-vous toutefois que quelques-uns de ces organes (bronches, poumons entre autres), peuvent se déplacer et ne pas subir aisément la compression de l'adénopathie exagérée.

Dans le but de jeter une lumière plus vive sur l'évolution et les résultats de ces accidents, je vais les grouper d'après la méthode classique :

1° *Compression des organes de l'appareil respiratoire (trachée, bronches, poumons, plèvres).* — Les bronchites étant de beaucoup les plus fréquentes, c'est au niveau du hile que vous rencontrerez partout cette compression, et, suivant le nombre et le volume, vous constaterez soit une simple pression, soit un véritable aplatissement du calibre bronchique. L'influence des bronchites rubéoliques, celles de la coqueluche, de la broncho-pneumonie, ne se fait pas moins sentir sur les ganglions du hile, des bronches intra et extra-pulmonaires, qui constituent au niveau du hile un véritable amas entourant l'origine des bronches, disposition qui permet d'entendre le passage de l'air à ce niveau de l'arbre aérien, c'est-à-dire sur les parties latérales de la colonne vertébrale, à côté de la troisième vertèbre dorsale.

Si l'adénopathie n'est plus seulement congestive ou inflammatoire, si le volume du ganglion est considérable, par le fait d'altérations scrofuleuses ou tuberculeuses, la compression est plus efficace, les bronches sont rétrécies, la circulation de l'air est enrayée et l'expansion pulmonaire s'amoindrit. Les masses ganglionnaires adhèrent aux tubes aérifères, écartent les poumons et s'appuient parfois sur les côtes et la colonne vertébrale. De là des bruits énormes de souffle très rude et très large, simulant de grands canaux.

La capacité de la cage thoracique, en fin de compte, diminue d'une manière sensible quand les compressions très considérables ne permettent plus de déplisser suffisamment les aréoles pulmonaires.

2° *Compression des vaisseaux.* — La compression de la veine-cave supérieure par les glandes bronchiques droites produit des stases sanguines dans le cou, la face, la tête; les veines sous-cutanées, les réseaux veineux profonds, ceux des méninges et du cerveau; de là congestion, hydropisie, hémorrhagies méningées et cérébrales. Les ganglions du hile empêchent le retour du sang, même par les veines pulmonaires (de là des œdèmes, des congestions et des hé-

La colonie allemande, nombreuse et puissante, a la première cherché à remédier à cet état de choses, et grâce à l'appui de négociants très riches fixés depuis longtemps dans le pays, elle a pu fonder un établissement hospitalier qui lui permet d'admettre tous les Européens du Nord.

Presqu'en même temps, la colonie française cherchait de son côté à venir en aide à ses nationaux; mais, n'ayant à sa disposition que des ressources beaucoup plus restreintes, elle dut se contenter de fonder un dispensaire. Dès l'année 1861, le docteur Vintras, aidé de quelques amis, donna gratuitement ses soins non seulement aux Français, mais aussi à tous les étrangers sans distinction de nationalité. Ce cosmopolitisme devait être un des éléments de succès de l'entreprise, et nous verrons bientôt que parmi les souscripteurs des étrangers figurent en nombre considérable.

En cinq années, 10,000 malades se présentèrent à la consultation; mais ce service externe ne suffisait pas et tout démontrait la nécessité de créer un hôpital. C'est en 1866 que, grâce à l'initiative de M. Rimmel, une vingtaine de Français et quelques étrangers formèrent un comité et recueillirent des souscriptions; un an après, elles atteignaient un chiffre suffisant pour permettre de louer une des maisons qui sert aujourd'hui d'hôpital et d'y installer 16 lits; quelques années après, grâce à la location de l'immeuble contigu, on doublait le nombre des lits, et aujourd'hui 35 malades peuvent y trouver place.

L'aspect extérieur en est des plus simples et rien du dehors n'attire l'attention. Nous savons qu'elle a été sa naissance; aussi à l'intérieur ne faut-il pas s'attendre à trouver de grandes salles garnies de lits rangés symétriquement, mais des chambres et de petites pièces isolées. Si c'est là un inconvénient au point de vue du service et de la surveillance qui est plus difficile à exercer, il est compensé par la facilité qu'on a d'isoler les diverses catégories de malades; ainsi, dans un espace restreint, on peut compter 5 salles d'hommes, dont 1 réservée aux traumatismes, 2 de femmes, 1 d'accouchement et 1 d'enfants.

Ainsi disposé, l'hôpital peut faire face à tous les besoins. Nous avons trouvé à y observer des maladies se rattachant à toutes les branches de la pathologie : médecine, chirurgie, accouchement, maladies vénériennes, ophthalmologie, etc. C'est un hôpital général dans le sens le plus étendu du mot.

Le mouvement des malades étant très grand, les cas intéressants

morrhagies passives). Les ganglions du cœur, du médiastin, aussi bien que les précédents, diminnent parfois le calibre des bronches, de l'artère pulmonaire (de là une surcharge et une tension plus grande de la colonne sanguine de l'artère pulmonaire et du cœur droit).

J'ai vu un cas d'adénie énorme qui descendait du cou et présentait le volume du poing. La masse ganglionnaire, appuyée d'un côté sur le sternum, comprimait et déplaçait de l'autre tons les organes vasculaires. Le cœur lui-même était refoulé en bas et à gauche. Inutile de vous énumérer les désordres consécutifs à de semblables lésions physiques. L'enfant a succombé et nous avons pu vérifier pièces en main les faits tels que je vous les signale.

3° *Compression des nerfs.* — Cet accident peut s'exercer sur les plexus pulmonaires, cardiaques, les nerfs pneumogastriques, les nerfs récurrents droit et gauche, les nerfs phréniques. Tantôt l'action physique reste minime, sans importance; d'autres fois, elle est intense et même destructive. Il est clair qu'il doit en résulter des troubles physiologiques du jeu de la cage thoracique, des battements du cœur et de l'émission des sons. Il n'est pas jusqu'aux fonctions de l'œsophage ni de l'estomac qui ne puissent être altérées.

Suivant que l'adénopathie siége isolément à droite ou à gauche, le nerf récurrent, d'un côté ou de l'autre, est seul atteint ou même détruit. Il en est de même des lésions des pneumo-gastriques droit et gauche dont les influences sur la digestion et la respiration sont si nettement accusées dans certains cas que le diagnostic a pu être porté en toute sécurité.

La science est aujourd'hui fort riche de faits de ce genre, et je possède, pour ma part, nombre d'observations vérifiées à la nécropsie. Ajoutez-y une liste assez longue de cas qui, à défaut de contrôle posthume, appartenaient, par la toux quinteuse, rauque, les accès d'oppression, d'asthme, à l'adénopathie bronchique d'origine congestionnelle et inflammatoire.

Ces altérations physiques, mécaniques ou destructives des nerfs et des plexus thoraciques ne suffisent point, je ne cesse de vous le rappeler, à expliquer les troubles fonctionnels observés. Vous verrez des enfants atteints de raucité effrayante de la voix et de la toux, d'autres d'accès d'asthme qui ne sont pas toujours en rapport avec les lésions cadavériques. Il est des adénopathies simples dont les symptômes sont très accentués. Pourtant leur guérison complète, la mobilité des accès, les rechutes, démontrent qu'il existe, comme je vous l'ai déjà dit, un processus irritatif agissant sur le tissu cellulaire voisin des ganglions et provoquant dans ces parages des excitations fonctionnelles d'une durée variable, tantôt éphémère, tantôt prolongée pendant des heures ou même des journées entières. Vous m'objecterez que la compresion des tubes de l'arbre aérien, des vaisseaux sanguins des poumons, exercée par l'adénopathie, s'accompagnant d'emphysème, de catarrhe pulmonaire, de sécrétion bronchique pour les cas bénins, de tuberculose pour les cas graves, suffit amplement pour donner la clef de ces alternatives d'accalmie et de surexcitation qui accompagnent communément toute lésion organique. Je n'en disconviens pas dans une certaine mesure, bien que j'aie de la tendance, même ici, à avoir recours à une intervention nerveuse, mais je retiens plus particulièrement cette théorie physiologique dans les cas où des congestions aiguës ou chroniques déterminent des accès de toux et d'oppression extraordinaire, et sous l'apparence de signes stéthoscopiques en rapport avec l'intensité de la crise ou des rechutes.

4° *L'œsophage* appliqué à la partie postérieure de la cavité thoracique échappe aux compressions légères, mais il a pu être notablement gêné dans sa dilatation physiologique par des masses ganglionnaires considérables. J'ai vu, en outre, des enfants présenter des signes de dysphagie nerveuse et nullement mécanique. Le fait rentrait dans la catégorie des cas d'excitabilité locale par irritation des plexus œsophagiens.

5° Si l'adénopathie est tuberculeuse ou suppurée, on la voit adhérer aux organes voisins et finir quelquefois par s'ouvrir dans la lumière des tubes aérifères, des vaisseaux, des membranes séreuses ou dans le parenchyme du poumon ou la cavité des médiastins et même dans l'œsophage. Quelquefois les ganglions tuberculeux reviennent sur eux-mêmes et guérissent par la transformation crétacée. Ces lésions, bien exposées dans le travail de MM. Rilliet et Barthez et les auteurs qui ont suivi, ne seront de ma part que l'objet d'une simple énumération. Des détails anatomiques plus circonstanciés dépasseraient le cadre habituel de mes entretiens familiers.

La communication avec les bronches et le poumon est plus fréquente que celle des vaisseaux et l'œsophage. Parfois, le kyste ganglionnaire s'ouvre dans une caverne pulmonaire. Très rarement, la rupture se fait dans la cavité médiastine.

---

s'y rencontrent toujours, et, pour notre part, nous nous rappelons y avoir vu plusieurs de ces raretés pathologiques qu'on montre toujours volontiers aux étrangers dans les services hospitaliers de tous les pays. Les habitudes de soins méticuleux et de propreté, qui sont la caractéristique des hôpitaux d'Angleterre, y sont en honneur plus que partout ailleurs et expliquent les succès chirurgicaux coostants. La mortalité n'y atteint guère que 8 1/2 0/0.

Le service de la consultation est des mieux organisés, et, sous le rapport matériel, nous savons nombre d'hôpitaux à Paris qui pourraient lui porter envie. Les malades y sont soignés et suivis; des médicaments leur sont distribués, et les pansements peuvent leur être faits avec autant de soin que dans la salle même de l'hôpital. Aussi ne faut-il pas s'étonner du nombre considérable de malades qui se sont présentés à ce dispensaire; ils dépassent aujourd'hui le chiffre de 90,000.

C'est M. le docteur Vintras, nous l'avons dit, qui a pris, il y a vingt-cinq ans, l'initiative des soins à donner à ses compatriotes, et, depuis lors, il n'a cessé de faire preuve du plus grand dévouement. M. Guéneau de Mussy s'est joint bientôt à lui et n'a cessé de faire à l'hôpital un service actif que lorsqu'il a quitté l'Angleterre. Aujourd'hui, le corps médical se compose du docteur Vintras, qui est resté médecin en chef, de sir William Mac Cormak, chirurgien en chef et consultant. Deux autres chirurgiens font un service journalier; ce sont le docteur de Méric et le docteur Keser; les correspondances hebdomadaires de ce dernier ont permis au corps médical français d'apprécier sa valeur et son talent d'observation.

On sait que l'hôpital a été fondé au moyen de souscriptions particulières. Des ressources permanentes ne sont pas assurées, elles reposent seulement sur la libéralité des personnes qui s'y intéressent, résidents français, étrangers ou anglais; libéralité qui ne s'est jamais démentie. L'année dernière, les dépenses atteignaient près de 60,000 francs. Les recettes sont à peu près suffisantes pour équilibrer le budget. C'est par petites sommes que le conseil arrive à ce résultat, et la longueur des listes de souscription en est une preuve. Il est pourtant, parmi les fondateurs et les bienfaiteurs de l'hôpital français, de riches et généreux donateurs qui, chaque année, versent des sommes importantes; l'un d'eux fait ainsi une rente de 2,500 francs à l'hôpital. L'ambassade française fournit elle-même une subvention annuelle. Les ambassades étrangères ne restent pas en arrière.

Pourtant, elle a été observée dans ces conditions, et, fait plus bizarre encore, l'ouverture spontanée dans le tissu cellulaire a eu lieu quelquefois après la communication avec un tube bronchique. De là des abcès et de l'emphysème généralisé.

On cite encore des perforations des plèvres, du péricarde, de l'artère pulmonaire, de la veine-cave supérieure et même de l'artère aorte. Tout le monde connaît ce fait exceptionnel de perforation de l'œsophage dans le cas où un vers intestinal était entré et avait pénétré dans l'orifice de communication.

Enfin le kyste ganglionnaire perfore simultanément une bronche et une caverne pulmonaire, parfois même ensuite la séreuse pleurale.

Cette anatomie pathologique ne vous est pas étrangère. Vous la retrouverez d'ailleurs dans le chapitre classique de la tuberculose des ganglions bronchiques. Le point de vue où je me suis placé, l'étude de l'adénopathie bronchique en général, m'oblige à me contenter de ces quelques citations curieuses et à m'étendre au contraire sur la symptomatologie.

(A suivre.)

REVUE CRITIQUE

La méthode pastorienne et la méthode antiseptique. — De quelques-unes de leurs applications en chirurgie et en médecine, en particulier dans le traitement du choléra morbus, par M. Maurice Notta.

Suite. — Voir les numéros 44 et 45.

III

Ces résultats furent immédiats et positifs dans le traitement des affections chirurgicales et des maladies puerpérales (maladies des femmes en couches). C'est, en effet, dans ces deux classes de maladies dont la théorie parasitaire a démontré l'identité, en assimilant, comme nous le verrons plus loin, la nouvelle accouchée à une blessée ordinaire, qu'apparaissent manifestes et indéniables les effets thérapeutiques de la méthode antiseptique. Les faits sont là pour le prouver.

Il y a quinze ans à peine, la plupart des opérés mouraient d'infection purulente dans les grands hôpitaux, et nous entendions récemment encore un maître vénéré rappeler qu'étant interne de Blandin à l'Hôtel-Dieu, il avait vu dans son année douze amputations du sein : douze morts ! On peut dire que de nos jours cette opération est une des plus bénignes de la chirurgie, et sur dix amputations du sein, pratiquées en 1878, le professeur Guyon n'eut pas un seul insuccès. Tous les vieux chirurgiens se rappellent avoir vu l'érysipèle rester souvent en permanence dans les salles et faire courir aux malades un tel danger que des maîtres comme Nélaton et Velpeau suspendaient leurs opérations, découragés par le nombre des victimes. Les applications de la méthode antiseptique aux grands traumatismes, aux fractures compliquées, aux amputations, à toutes les plaies en général, opératoires comme accidentelles, montrent par l'abaissement de la mortalité qui en est résulté, quel mouvement révolutionnaire s'est opéré dans la chirurgie et quels progrès réels se sont accomplis dans ces dernières années. Grâce au pansement de Lister, dont les statistiques établissent d'une façon évidente la supériorité, on peut aujourd'hui faire avec succès des opérations qu'on n'aurait pas osé tenter jadis, et mener à bien des entreprises aussi considérables que l'ouverture des grandes séreuses et des grandes articulations. La pourriture d'hôpital, l'infection purulente, l'érysipèle, la septicémie, la fièvre traumatique, complications terribles et mortelles qui sévirent dans les hôpitaux jusqu'en 1874 : voilà ce qu'ont fait disparaître à jamais les méthodes antiseptiques, les pansements d'A. Guérin et de Lister. Les témoignages de maîtres éminents, dont l'impartialité ne saurait être suspectée, vinrent affirmer d'une façon définitive en 1879 la supériorité de la méthode antiseptique, et confondre, preuves en main, non plus par des paroles, mais par des faits indiscutables, ses détracteurs aujourd'hui très rares. On croirait qu'effrayés par la grandeur de la découverte, certains esprits, dont la prudence excessive fait pour ainsi dire équilibre au zèle irréfléchi et dangereux des enthousiastes, ont à cœur d'affaiblir l'importance des résultats, s'arrêtent, regardent en arrière et veulent protester une dernière fois ; éternels *laudatores temporis acti*, ils hésitent à marcher avec le progrès et à saluer à son aurore une invention nouvelle, dans laquelle ils préfèrent ne voir qu'une erreur, un essai téméraire ou prématuré ! Dans la fameuse discussion (1) de 1879, véritable tournoi oratoire auquel prirent part

(1) V. Bulletins de la Soc. de chirurgie : *Discussion sur les pansements antiseptiques*, février, mars, avril 1879.

En effet, notre hôpital est largement ouvert à tous les étrangers; après les Français, qui représentent les quatre cinquièmes des malades soignés, viennent les Belges, puis les Suisses et les Italiens; on y voit des Indiens, des Brésiliens, des Persans, etc. Or, la plupart des ambassades ou des consulats envoient, chaque année, des fonds qui viennent puissamment en aide aux souscriptions particulières.

L'extension incessamment progressive de la clientèle de l'hôpital français rend un agrandissement nécessaire. Il est question d'abandonner la maison provisoirement transformée en hôpital, et de construire ou d'acquérir un bâtiment neuf, qui serait une propriété française. Comment subvenir à ces dépenses nouvelles? Il faudra faire encore appel à la générosité publique. Nous ne doutons pas qu'alors les Français de France, instruits du courage et de la persévérance des fondateurs de l'hôpital, ne concourent pour une grande part aux sacrifices que s'imposeront leurs compatriotes d'Angleterre.

Dr Hix.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885–1886, les agrégés dont les noms suivent :

Physique, M. de Girard; chimie, M. Ville; histoire naturelle, M. Granel; accouchements, M. Garimond; et pendant le deuxième semestre : pathologie médicale, M. Blaise; pathologie chirurgicale, M. Serre; physiologie, M. Bimar; anatomie pathologique et histologie, M. Carrieu.

MM. Garimond et Gayraud, agrégés, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1885–1886.

— M. Mossé, agrégé, est maintenu pour quatre ans, à partir du 1er novembre 1885, dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

M. le docteur Gilis est délégué, pendant l'année scolaire 1885–1886, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques et de médecine opératoire.

M. le docteur Lauret est nommé, pour trois ans, chef des travaux physiques (emploi nouveau).

nombre de membres de la Société de chirurgie, M. le professeur Guyon s'exprimait ainsi sur les nouvelles méthodes : « Depuis deux ans que j'emploie la méthode de Lister avec « un soin scrupuleux, je n'ai pas eu un seul cas d'infection « purulente dans mon service chirurgical, où j'ai en cependant « à traiter des blessures graves, des fractures compli- « quées, etc. On ne saurait attribuer cette immunité à l'hô- « pital Necker, car pendant le siège j'en étais envahi. Je me « servais alors de l'alcool... » Et ailleurs ce jugement magistral porté par le professeur Panas : « J'étais à l'hôpital Saint- « Louis avec M. Alphonse Guérin; je le suivis pendant le « siège à l'hôpital Saint-Martin. Là notre collègue ne fut pas « heureux : autant d'amputés, autant de morts ! En présence « de ces résultats, je me déclarai conservateur quand même. « Et on le savait à l'hôpital Saint-Martin, car on y disait : « Salle où l'on opère et où l'on meurt; salle où l'on n'opère pas « et où l'on guérit quelquefois. Or, deux mois plus tard, sous « la Commune, notre collègue applique son pansement ouaté. « Les résultats changent immédiatement; je les ai suivis, « j'ai vu ces modifications, j'ai changé à mon tour ma prati- « que. Je tiendrai le même langage pour le pansement de « Lister; il constitue un très grand progrès. » De tels résultats s'imposent et se passent de commentaires. Ils donnent le droit de dire, non pas qu'on ne meurt plus, mais qu'on *ne meurt plus de l'opération*, parole dont le sens n'est que trop clair pour tous ceux qui ont connu la vieille chirurgie. Nous sommes aujourd'hui loin du temps où Jarjavay pansait les moignons de tous ses amputés avec des cataplasmes, et nous touchons presque, avec la méthode antiseptique, à l'idéal de la chirurgie opératoire.

Pour comprendre le rôle et l'efficacité de cette méthode dans les maladies puerpérales, il faut bien connaître le mécanisme de ces affections, que les anciens désignaient sous le nom de *fièvre puerpérale*. Produites par la pénétration dans l'organisme d'un microbe spécial, dont la porte d'entrée est une plaie, elles sont assimilables aux affections chirurgicales, et, comme elles, ont largement bénéficié de la méthode antiseptique. La malade puerpérale n'a rien de spécial, et, comme l'écrivait M. Siredey dans sa remarquable étude clinique sur les maladies puerpérales : « C'est une malade atteinte d'une plaie, une *blessée* en un mot, exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales. » La plaie ne siège plus, il est vrai, en un point quelconque et variable du corps; son siège est constant, qu'il soit intérieur, dans l'organe même de la gestation, ou extérieur, au niveau de ses annexes. C'est par cette plaie que le microbe envahit l'organisme pour aboutir à l'infection puerpérale dont les manifestations peuvent être différentes suivant les cas. Mais que l'on ait affaire à une péritonite, à une phlébite ou à un adéno-phlegmon, la cause est toujours unique, le mode d'invasion du microbe est toujours le même : la plaie génitale ou utérine. Comme chez les blessés, cette plaie, analogue à une plaie cutanée récente, est susceptible d'absorber les liquides organiques altérés au contact de l'air et des microbes apportés soit par les objets de pansement ou les instruments, soit par les mains de l'accoucheur. Par cela même, non seulement l'utilité, mais la *nécessité* de la méthode antiseptique nous semble démontrée, et nous ne dirons qu'un mot des heureuses conséquences qui ont résulté de son application. Employée aujourd'hui avec une rigoureuse exactitude à la Maternité et dans tous les services d'accouchements des hôpitaux de Paris, elle a déjà donné, soit avec l'acide phénique, soit avec le sublimé, des résultats admirables: « Chaque jour, nous appliquons de mieux en mieux « la méthode antiseptique, disait récemment le professeur « Tarnier, et je ne doute pas que dans peu de temps la mor- « talité ne tombe à 1/2 %. Depuis le 15 octobre, en effet, sur « près de 1,000 femmes entrées à la Maternité, nous n'avons « eu qu'un seul décès (1). » Ces paroles si consolantes ne devraient-elles pas satisfaire les esprits chagrins qui prétendent que la mortalité des femmes en couches n'a pas diminué? Qu'ils comparent les statistiques actuelles à celles d'il y a vingt ans (2), et qu'ils se rappellent la fréquence et la gravité des épidémies puerpérales d'alors! La vieille médecine était impuissante, parce qu'elle ignorait la cause du mal. Grâce aux recherches de M. Pasteur et à celles d'un de ses élèves M. Doléris (3), la théorie parasitaire a renversé la doctrine surannée de la fièvre puerpérale et nous a donné la clef de ces cas si bizarres d'infection qu'on voyait se déclarer tout à coup chez des jeunes femmes ayant toutes les apparences de la santé après un accouchement souvent très simple. Nous savons aujourd'hui à quoi sont dues ces épidémies si redoutables qui faisaient jadis des hécatombes de victimes. Aussi, le praticien n'a plus le droit de se réfugier derrière son ignorance pour excuser ses erreurs; la méthode antiseptique permet d'apporter d'une façon sûre et efficace le secours de son art et de prévenir souvent l'invasion de la maladie. Comme nous l'écrivions, il y a un an, dans l'UNION MÉDICALE (4) : « Nous assistons au début d'une ère nouvelle dans l'histoire des maladies puerpérales; l'amélioration des statistiques, la rareté de l'infection puerpérale, la rareté, plus grande encore, des épidémies, sont les premiers fruits qu'a permis de récolter la méthode antiseptique. Quand ces réformes seront devenues générales, quand ces habitudes de propreté antiseptique auront pénétré dans les mœurs médicales, les épidémies puerpérales n'existeront plus qu'à l'état de souvenir, et l'infection puerpérale deviendra aussi rare dans les services d'accouchements que l'est devenue l'infection purulente dans les services de chirurgie. Voilà ce qu'auront fait les maîtres éminents qui propagent ces nouvelles doctrines par leur enseignement et par leur livres, et les accoucheurs qui donnent à ces théories la sanction irréfutable de la pratique. Grâce à eux et à la méthode antiseptique, on peut dire que dès aujourd'hui, dans la pratique obstétricale, *nova rerum nascitur ordo!* C'est du moins notre conviction. »

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. RECHERCHES SUR L'ACTION DU PRINCIPE NARCOTIQUE DU HOUBLON (HOPÉINE), par le docteur W. TH. SMITH, de Londres (5). — II. SUR LA HOPÉINE, par le docteur M. ROBERTS, de New-York (6).

I. Indépendamment des propriétés stomachiques et toniques, la plupart des traités de matière médicale attribuent au hou-

(1) Leçon d'ouverture faite à la Faculté de médecine (mars 1884).
(2) De Beurmann Thèse de Paris, 1879.
(3) Thèse de Paris, 1880.
(4) No du 18 mars 1884.
(5) DEUTSCHE MEDIZINAL-ZEITUNG, 1885, no 60, p. 685.
(6) Ibidem, no 80, p. 878.

blon et au lupulin, un dérivé de cette plante, des propriétés narcotiques et anaphrodisiaques. Pour ne parler que de l'action narcotique, admise par les uns, elle a été contestée par d'antres, ainsi par Gubler. Or, récemment MM. Williamson et Springmübl ont réussi à extraire du houblon sauvage d'Amériqne, nn alcaloïde auquel ils ont donné le nom de *hopéine*, et qui, d'après les premières expériences faites avec ce nouveau produit, serait, en même temps qu'un puissant antifermentescible, un somnifère égal, sinon supérieur, à la morphine. Voici les renseignements donnés snr l'action physiologique de la hopéine par M. Smith et M. Roberts, dans les deux notes originales mentionnées en tête de cette revue.

M. Smith a institué sur des animaux, des recherches visant surtout l'action toxique de la hopéine. Il a constaté que, même quand cette substance était administrée à dose suffisante pour causer la mort des animaux, ceux-ci périssaient dans le *sopor* sans avoir présenté la moindre manifestation convulsive, ni contracture, ni convulsions eloniques. Autrement dit, la hopéine produit des effets narcotiques, sans phénomènes d'excitation quelconques.

M. Smith a expérimenté ensuite sur un lui-même et snr certain nombre de personnes de tout âge. Il a reconnu que chez des enfants au-dessous de cinq ans, l'action narcotique se manifeste avec une dose de 0 gr. 001 de hopéine, dose insuffisante chez un adulte. En ingérant à jeun 0 gr. 005 de hopéine, M. Smith a éprouvé les symptômes suivants : légère dilatation de la pupille, comme premier phénomène en date ; au bout de huit minutes, sensation de chaleur ; au bout de vingt minutes, forte envie de dormir, qu'il a été possible de maîtriser. En s'abandonnant à cette envie, dans une autre expérience, M. Smith a dormi pendant deux heures d'un sommeil calme et reconfortant, sans éprouver aucune sensation désagréable au réveil.

Une dose de 0 gr. 005 de hopéine administrée à des enfants au-dessous de 4 ans a produit de la dilatation pupillaire, suivie bientôt de myosis, de l'élévation de la température interne ; puis les enfants s'endormaient d'un sommeil profond, et celà quelquefois déjà dix minutes après l'ingestion du médicament. En outre, le pouls, d'abord un peu accéléré, se ralentissait ensuite, modifications que M. Smith n'a pas constatées dans les expériences qu'il a faites sur sa propre personne.

De nombreuses expériences faites sur des adultes avec des doses variant de 0,006-0,009 ont abouti à la reproduction des mêmes phénomènes, avec nne intensité un peu plus grande. Des doses de 0,01 à 0,03 n'ont produit, chez des adultes, que des effets purement narcotiques. Il en fut encore ainsi dans nne expérience que M. Smith fit sur lui-même, à la suite de l'ingestion d'une dose de 0,02 de hopéine : élévation de la température corporelle (sans indication du degré), accélération puis ralentissement du pouls, sensation générale de bien être ; au bout de dix minutes, assoupissement, sommeil calme, de einq à six heures de durée.

Même résultat à la suite de l'ingestion d'une dose de 0,025; pas de constipation. A la suite d'une dose de 0,03 de hopéine, M. Smith, au sortir du sommeil provoqué, éprouva un très léger dérangement des fonctions digestives, sur la nature duquel il ne donne pas de détails. Il ajoute que, par contre, une femme qui prenait quotidiennement 0,025 de hopéine pour vaincre une insomnie rebelle, eut de la constipation qui nécessita l'emploi de l'aloès. Après quinze jours de traitement, la même dose de 0 gr. 25 de hopéine continuait d'être suffisante pour procurer un sommeil réparateur de 12 heures de durée; sitôt que fut suspendu l'usage du médicament, l'insomnie reparut. Des doses de 0,03 ont quelquefois provoqué des vomissements chez des femmes, jamais chez des hommes. M. Smith ayant ingéré un jour à jeun une dose de 0,03 de hopéine avant de s'endormir, éprouva un léger mal de tête dont il ne restait plus que le souvenir au réveil.

Des doses de 0,035 et 0,04 ont déterminé des nausées, un peu d'étourdissement ; puis est survenu un profond sommeil, au sortir duquel l'expérimentateur était en proie à de la pesanteur de tête et à de l'engourdissement; une fois, il eut en outre des nausées. A la suite de l'ingestion des doses susdites, le myosis et le ralentissement du pouls ont été de règle. Jusqu'à cette dose, la hopéine a sur la morphine l'avantage de ne pas oecasionner de démangeaieons à la peau, pas de conetipation durable, pas de bourdonnements d'oreille, phénomènes qui sont les suites habituelles de l'administration de la morphine. Mais certainement la hopéine occasionne plus facilement des nausées. Sur les fonctions digestives en général, la hopéine agit d'une façon moins perturbatrice que la morphine ; à petites doses, elle stimule l'appétit, comme toutes les préparations de houblon.

A la dose de 0,05, la hopéine a occasionné, dans les expériences que M. Smith a fait snr lui-même, des symptômes d'une intoxication aiguë sur lesquels il a négligé de fournir des renseignements détaillés. Il termine en fixant la dose toxiqué (mortelle ?) de hopéine à un peu au-dessus de 0,1 pour les adultes et 0,6 pour les enfants ; mais il ajoute que les personnes habituées à prendre d'autres narcotiques à hautes doses supporteront, eelon toute apparence, la hopéine à doses plus fortes.

II. M. Roberts confirme en substance ce que M. Smith a rapporté de l'action narcotique de la hopéine. Les expériences cliniqnes de M. Roberts ont été forcément limitées, par la raison que leur auteur n'a pn se procnrer que 5 grammes de hopéine, en s'adessant à M. Williamson. M. Roberts pense que M. Smith a estimé trop bas les doses auxquelles la hopéine est mortelle *(sic)*, car, dit-il, la dose nécessaire pour tuer un animal du poids de 5 à 10 kilogrammes est de 0 gr. 1 ; partant, la même dose ne saurait causer la mort d'un homme adulte. Il estime à 0,025 la dose de hopéine suffisante pour vaincre une insomnie même rebelle. Il reconnaît qu'à cette dose, le médicament produit des effets somnifères sans déterminer l'apparition des phénomènes consécutifs plus ou moins fâcheux qu'occasionne l'usage de la plupart des narcotiqnes. Il conseille de faire prendre la hopéine dans de la bière condensée *(condensed beer)*, ou dans du vin généreux (porto, sherry), afin de masquer l'extrême amertume du médicament. Il cite le cas d'une morphinomane qu'il a réussi à déshabituer de la passion de la morphine, en l'espace de onze jours, en lui faisant prendre d'abord conjointement de la hopéine et de la morphine, et en diminuant progressivement la dose de la morphine, puis la dose de la hopéine.

Relativement à l'action antifermentescible de la hopéine, M. Roberts rappelle avec quelle facilité se conservent, même en récipient débouché, les fortes bières riches en principes houblonneux, comme le eont les bieres anglaises, et il attribue à la hopéine la propriété de préserver les bières en question contre la fermentation acide.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE PAR LA RÉSECTION DU SCROTUM, par Edmond WICKHAM, ancien interne des hôpitaux.

Depuis de longues années déjà, les indications opératoires de la cure radicale du varicocèle ont été déterminées et réservées à un petit nombre de cas: si importante que soit la révolution faite par la méthode antiseptique dans la pratique chirurgicale, nous croyons, avec M. Wickham, qu'une opération radicale, tendant à la cure du varicocèle, ne doit être tentée que si on a fait usage du traitement palliatif pendant un temps suffisant et dans les cas suivants:

« Lorsque le varicocèle est volumineux et s'accroît; — lorsqu'il est très douloureux; — qu'il est une cause de réforme ou d'incapacité pour le travail; — que le testicule s'atrophie ou qu'il a une influence marquée sur l'équilibre des facultés mentales. »

Nous ne suivrons pas M. Wickham dans l'exposé qu'il fait des diverses méthodes tentées jusqu'à ce jour, et dont aucune ne lui donne satisfaction, et nous décrirons avec lui le procédé de M. Horteloup.

Depuis plus de vingt ans, M. Périer (Th. inaugurale, 1864), a démontré que les veines qui se rendent au testicule peuvent se diviser en deux groupes, un antérieur, faisceau spermatique proprement dit et un postérieur; faisceau funiculaire. On admettait généralement que le faisceau antérieur était primitivement et même uniquement atteint dans le varicocèle. Tel n'est pas l'avis de M. Horteloup: 11 fois sur 18 en moyenne, d'après lui, la dilatation veineuse atteint de préférence le faisceau postérieur. La constatation de ce fait a conduit M. Horteloup à faire subir au procédé de A. Cooper (résection de la peau du scrotum) une modification considérable, en comprenant dans la section cutanée le faisceau des veines funiculaires.

M. Horteloup se sert pour fixer les parties à réséquer d'un clamp, en forme de compas, dont les deux branches présentent à leur partie moyenne une courbe dirigée perpendiculairement à l'écartement des branches de l'instrument. L'extrémité libre est terminée par une branche munie d'une vis à pression, qui sert à en limiter l'écartement. La peau du scrotum, lavée avec une solution antiseptique, est attirée en bas par un aide; puis le chirurgien passe un fil en avant du faisceau veineux postérieur, à 5 à 6 centimètres au-dessus du testicule. Les deux testicules sont repoussés vers les anneaux inguinaux, puis le chirurgien applique le clamp de façon à ce que l'articulation regarde le périnée, en ayant soin de comprendre dans la partie située en arrière le faisceau funiculaire postérieur. Les testicules sont, bien entendu, en avant, et compris dans la courbure à concavité antérieure de l'instrument. M. Horteloup procède alors aux sutures. Une suture profonde, concentrique à cette même courbe, est pratiquée; deux tubes de plomb sont placés de chaque côté du clamp parallèlement à lui: l'un perforé, l'autre plein. Dans chacun des dix à douze trous du premier passe un fil d'argent double, dont les deux extrémités, après avoir traversé le scrotum, entourent le tube de plomb plein, sur lequel ils sont fixés au moyen de tubes de Galli. Le chirurgien s'occupe alors des sutures superficielles, qu'il prépare seulement en disposant le long de la partie arquée du clamp une douzaine d'épingles à sutures. Cela fait, il pratique à l'aide du bistouri la section du scrotum, enlève le clamp, surveille la plaie pendant deux à trois minutes, et si un suintement sanguin se produit, rapproche un ou plusieurs des tubes de Galli; enfin, il jette un fil ciré autour de chaque épingle, avec lequel il exerce une traction très modérée, car, dès le lendemain, on observe un gonflement de la peau. La suture profonde est enlevée au bout de trente-six à quarante-huit heures; les sutures superficielles restent en place jusqu'au cinquième ou sixième jour.

M. Wickham passe en revue les procédés opératoires qui se rapprochent le plus de celui de M. Horteloup, et insiste surtout sur celui de M. Henry (de New-York) et celui de M. le professeur Guyon. Le chirurgien américain se sert aussi d'un clamp d'une forme moins avantageuse que celui dont nous venons de donner la description; les sutures ne sont pas faites avec un soin suffisant pour mettre à l'abri de l'hémorrhagie. Le procédé de M. Guyon consiste dans une incision elliptique à grand diamètre transversal de la partie antérieure des bourses; en l'ablation du lambeau circonscrit par cette incision; enfin, il diffère surtout de celui de M. Horteloup en ce que la ligature porte sur le plexus veineux *antérieur* à travers la vaginale non incisée et la tunique fibreuse commune.

Il est bien entendu que, pour toutes ces opérations, les précautions de la méthode antiseptique sont indispensables.

Cinquante observations de résection du scrotum ont pu être réunies par M. Wickham; dans aucun cas, l'intervention n'a été suivie de mort; les dix-huit cas qui appartiennent à M. Horteloup ont tous donné de très beaux succès au point de vue du soulagement, disons même de la *guérison* des malades.

Certains chirurgiens américains prétendent arriver au même résultat par la résection simple du scrotum, en laissant intact le faisceau des veines spermatiques. Il est difficile de conclure: un avenir prochain l'apprendra sans doute, car cette opération, qui peut être dès maintenant considérée comme présentant peu de dangers, grâce à la méthode antiseptique, sera pratiquée de plus en plus. Nous pensons, avec M. Wickham, que l'excision des veines funiculaires pourra être réservée aux cas de varicocèles dans lesquels le faisceau postérieur est surtout atteint et a déjà acquis un certain volume.

Dr E. DESNOS.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'AVENIR DES EAUX MINÉRALES DE TABLE. — La consommation des eaux minérales naturelles a pris une telle extension pendant ces dernières années, surtout depuis que les travaux de Pasteur ont démontré que les maladies épidémiques avaient les liquides pour véhicule de transmission, qu'on s'est demandé par quel prodige les compagnies arrivaient à pourvoir le marché de la quantité devenue indispensable aux besoins de la population. Le public, rendu assez méfiant depuis l'installation du laboratoire municipal, allait même jusqu'à soupçonner certains marchands de falsifier les eaux minérales ou plutôt de vendre comme eaux naturelles des eaux fabriquées artificiellement.

Cette idée nous a paru prendre assez de consistance pour mériter une sérieuse réfutation. Les soupçons se portaient naturellement sur les eaux de table digestives, à faible minéralisation, dont Saint-Galmier Badoit est le type le plus apprécié et le plus répandu. La limpidité de ces eaux, leur admirable minéralisation et surtout

leur immense consommation (plus de 12 millions de bouteilles en 1884) avaient excité à la fois la jalousie des sources rivales et la surprise du public qui se demandait naïvement si une source pouvait réellement avoir un débit de 12 millions de bouteilles. Il suffit de quelques minutes de réflexion pour se rendre compte qu'il n'est pas rare de rencontrer sur notre sol des sources pouvant produire un débit encore plus considérable. Telles sont, par exemple, les établissements thermaux d'Aix ou de Vichy, qui distribuent chaque année plus de 200,000 bains. D'après les rapports officiels des ingénieurs des mines, la source Saint-Galmier Badoit peut fournir chaque année plus de *trente millions de bouteilles*, et la progression régulière et non interrompue des demandes permet d'entrevoir que le chiffre de vente égalera, dans un avenir peu éloigné, le débit de la source.

Quiconque a visité l'établissement de Saint-Galmier a pu se rendre compte de l'impossibilité absolue d'une falsification ou plutôt d'une fabrication qui ne pourrait être faite clandestinement et serait, du reste, dix fois plus dispendieuse qu'un simple remplissage de bouteilles.

La source Badoit est arrivée aujourd'hui, par des prodiges d'économie, à fournir au commerce une eau de table naturelle parfaite, répondant admirablement aux besoins de l'hygiène et de la santé publique, à un prix aussi minime que les siphons et autres eaux gazeuses artificielles, qui ne supportent, du reste, que très difficilement la concurrence.

Les statistiques commerciales démontrent en effet que, depuis les remarquables travaux présentés à l'Institut par Boutmy sur l'insalubrité des siphons, la consommation des eaux minérales artificielles a considérablement diminué au profit des eaux minérales naturelles. Il y a là un progrès dont il faut se féliciter, et qui est dû en grande partie aux efforts de la Compagnie Badoit, qui est arrivée à livrer à la consommation une eau d'une pureté absolue et à un prix accessible à tous. A ce titre, elle mérite tous les éloges du médecin et de l'hygiéniste.

Nous pensons avoir démontré à nos confrères que la falsification des eaux minérales de table est impossible ou plutôt impraticable; outre la surveillance de l'inspection administrative et les pénalités sévères qu'encourraient les délinquants, les commerçants ne falsifient pas les eaux de table naturelles, *parce qu'ils n'ont pas intérêt à le faire*, et qu'il est évidemment plus dispendieux de fabriquer une eau que de la recueillir simplement à un griffon inépuisable dans des conditions aussi parfaites que celles que présente la Compagnie Badoit. (JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS.)

BULLETIN

LES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET LE SERVICE MÉDICAL DE NUIT.

Dans un rapport lu, au nom de la huitième Commission, devant le Conseil municipal de Paris, publié dans le BULLETIN MUNICIPAL OFFICIEL du 13 octobre et reproduit dans divers journaux politiques, M. le docteur Després, relevant certaines imperfections du service médical de nuit, a porté une grave accusation contre les médecins des bureaux de bienfaisance.

« La Commission, est-il dit dans ce rapport, a entendu l'auteur de la proposition (M. Cattiaux) et, tout en reconnaissant la valeur des motifs qu'il a fait valoir, elle a décidé qu'elle ne chercherait point dans une enquête, à coup sûr blessante pour les médecins des bureaux de bienfaisance qui font régulièrement leur service, des preuves d'abus présumables, preuves qu'il m'eût été pénible de produire et qui auraient d'ailleurs exigé l'intervention immédiate du directeur de l'Assistance publique.

« Le nombre des visites de jour des médecins des bureaux de bienfaisance par tête d'indigent malade, a diminué de presque le tiers, et il est patent que le plus grand nombre des visites de nuit est fait aux malades indigents ou nécessiteux. Il vient alors naturellement à l'esprit que le service médical des bureaux de bienfaisance se transforme de fait, pour une cause ou pour une autre, en service médical de nuit, avec une certaine rapidité. »

Ainsi, les médecins des bureaux de bienfaisance sont accusés de trafiquer avec le service de nuit et, pour toucher les dix francs fixés par visite de nuit, de faire aux heures où ces honoraires sont alloués les visites qu'ils devraient faire aux indigents dans la journée.

Afin de prévenir de tels abus, vraiment menaçants pour l'équilibre du budget de la ville de Paris, M. Cattiaux propose « qu'à l'avenir les médecins des bureaux de bienfaisance ne soient pas admis à faire partie du service médical de nuit », et M. Després, emboîtant le pas de son collègue devant le Conseil municipal, et demi-confrère en médecine, dépose à son tour le projet suivant :

« Article premier. — Les médecins des bureaux de bienfaisance doivent à leurs malades leurs soins la nuit comme le jour.

« Art. 2. — Les médecins des bureaux de bienfaisance inscrits pour le service médical de nuit, et requis pour une visite de nuit auprès des malades du bureau de bienfaisance de leur circonscription en cours de traitement, même s'il s'agit d'accouchement, ne seront pas payés.

« Art. 3. — Il en sera de même lorsque le médecin, convoqué pour une visite de nuit, aura été mandé avant quatre heures.

« Art. 4. — Les médecins d'une circonscription voisine ne peuvent être requis qu'en cas de maladie ou d'absence du titulaire de la circonscription du bureau de bienfaisance.

« Art. 5. — Les médecins des quartiers populeux, où le chiffre des visites de nuit serait relativement considérable, pourront être admis à obtenir une augmentation sur leurs appointements (1). »

Voilà donc, de la part de M. le rapporteur de la huitième Commission, les médecins des bureaux de bienfaisance accusés, jugés, condamnés, et, s'il leur fait grâce d'une enquête, c'est surtout pour ménager sa propre susceptibilité de médecin qui aurait à souffrir de la révélation d'abus commis par des confrères.

On comprend sans peine que les médecins des bureaux de bienfaisance aient été émus de ce rapport. Cette enquête, qu'on semble vouloir leur épargner, ils la réclament à grands cris et, en attendant que l'autorité municipale la leur accorde, ils l'ont faite eux-mêmes en confiant ce mandat à une commission composée de MM. Gibert, Passant, Commenge, rapporteur. Ce dernier a lu tout récemment son rapport dans une séance extraordinaire tenue par la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

(1) La proposition de M. Cattiaux et celle de M. Després ont été l'objet de plusieurs contre-projets et amendements qui poursuivent en définitive le même but, celui d'imposer gratuitement les visites de nuit aux médecins des bureaux de bienfaisance, dans l'étendue de leurs circonscriptions respectives.

Depuis le commencement du mois de novembre, un roulement rigoureux est établi dans chaque quartier, par ordre alphabétique, entre les médecins inscrits pour le service de nuit.

M. Commenge a relevé, de 1862 à 1883, d'après les documents officiels de l'Assistance publique, le nombre des malades soignés à domicile, le nombre des visites faites par l'ensemble des médecins des bureaux de bienfaisance, la moyenne générale des visites faites par chaque médecin, les visites nécessitées par chaque malade, enfin le nombre de consultations données annuellement dans les maisons de secours. Il a résumé tous ces faits dans un tableau fort instructif, qui permet d'apprécier comme ils doiveat l'être les points sur lesquels repose esentiellement l'accusation portée contre les médecins des bureaux de bienfaisance, à savoir : 1° La diminution des visites de jour faites par les médecins ; 2o l'augmentation parallèle du nombre des visites faites par les médecins du service médical de nuit; 3o les rapports de cause à effet entre les deux termes précédents.

Le tableau de M. Commenge montre que la moyenne des visites de jour faites par chaque médecin de l'assistance à domicile a été de 1,014,38 pendant la période de 1866 à 1874, et de 992,23 pendant la période de 1875 à 1883. La différence en moins de 22, 26 ponr la seconde période est une quantité trop minime pour justifier le premier chef d'accusation.

En second lieu, il est facile de voir que cette diminution ne saurait avoir aucun rapport avec l'augmentation du nombre des visites de nuit. C'est, en effet, d'après les chiffres relevés par M. Desprès, de 1878 à 1880, que cette augmentation est le plus rapide (3,571 visites en 1878 ; 5,882 en 1879 ; 6,341 en 1880). Or, pendant cette même période triennale, le nombre des visites de jour faites par les médecins des bureaux de bienfaisance, au lieu de diminuer, va en augmentant; il est de 163,991 en 1878, de 199,436 en 1879, et de 206,903 en 1880. L'argument est topique.

Ce n'est pas tout : pour qu'on pût, avec un semblant de raison, rendre les médecins des bureaux de bienfaisance responsables de l'augmentation des visites de nuit, au détriment des visites de jour et des intérêts de la Caisse municipale, il faudrait que le service médical de nuit fût rempli en très grande majorité par des médecins des bureaux de bienfaisance. Or, sur 759 médecins attachés en 1883 au service médical de nuit, M. Commenge en relève 97 seulement faisant partie des bureaux de bienfaisance, soit environ 1/8. On sait d'ailleurs que le service des bureaux de bienfaisance comprend 180 médecins.

Il est une circonstance bien plus simple qui explique l'augmentation des visites de nuit, c'est la publicité donnée à l'organisation de ce service, publicité qui date surtout du mois de décembre 1878, époque à laquelle, sur la demande de notre excellent confrère, M. Passant, des affiches très apparentes en rappelant l'existence ont été placées dans tous les postes de police.

Et, s'il fallait un argument nouveau, on l'emprunterait à un mode de raisonnement employé fréquemment en mathématiques, et qu'on appelle démonstration par l'absurde. Il ne suffit pas qu'un médecin, cumulant à la fois les fonctions de médecin d'un bureau de bienfaisance et celles de médecin du service de nuit, veuille transformer des visites de jour en visites de nuit : il lui faut la connivence ou la complicité des malades d'abord, puis des agents de police qui servent d'intermédiaire entre les malades et les médecins. Franchement, des abus qui exigent un pareil accord peuvent-ils être fréquents et compromettre le budget de la ville de Paris?

Il est inutile d'insister davantage pour laver le corps des médecins des bureaux de bienfaisance de l'accusation lancée un peu légèrement contre eux. Qu'il y ait quelques abus, qu'on puisse même signaler quelques défaillances individuelles, c'est possible; mais ce sont là des exceptions rares qui ne sauraient entacher un corps tout entier dont l'honorabilité est au-dessus de tout soupçon.

Dans une lettre adressée à M. Chevallereau dans la France médicale, en réponse à un article fort spirituel et très juste de ce distingué confrère, M. Desprès ajoute en post-scriptum : « Il y a encore quelques plaies vives sur le corps médical; quand l'occasion viendra, j'anrai quelque chose à dire. »

Il est à souhaiter, pour M. Desprès, que les nouvelles critiques qu'il annonce soient mieux fondées que celles qui viennent d'être examinées. Mais puisque notre honorable confrère se pose en réformateur des abus professionnels, pourquoi ne commence-t-il pas par attaquer ces abus au sein même des réunions professionnelles, où on ne le voit jamais ? Pourquoi dénoncer au grand public des plaies, puisque plaies il y a, avant d'avoir cherché à les panser et à les cicatriser en famille? Il est bon nombre de ces réunions dans lesquelles la voix austère de M. Desprès pourrait utilement se faire entendre, et l'esprit de confraternité lui fait un devoir de tenter ce moyen avant d'appeler sur nos misères les foudres de l'opinion publique. M. Desprès a encore la presse médicale, dont il a fait partie, et dont aucun organe ne lui marchandera l'espace quand il s'agira d'améliorer les intérêts moraux, comme les intérêts matériels de notre profession. En ce qui nous concerne, nous lui ouvrons largement nos colonnes.

Dr F. de Ranse.

NOTES & INFORMATIONS

Banquet offert a M. le professeur Proust. — Il y a huit jours, les élèves et amis de M. Proust ont offert un banquet au nouveau professeur d'hygiène de la Faculté de Paris. La fête, présidée par le doyen, M. Béclard, a réuni bon nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de membres des Sociétés et Comités d'hygiène dont M. Proust fait partie, etc. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, comptait au nombre des convives.

Le président, M. Béclard a souhaité la bienvenue, au nom de la Faculté, à son nouveau collègue.

M. Peyron a porté un toast au médecin des hôpitaux.

MM. de Beurmann et Florand ont été les interprètes des élèves de M. Proust, et M. Brouardel celui de ses amis.

Après tous ces toasts, vivement applaudis, M. Proust a pris la parole pour remercier collègues, élèves et amis de leurs témoignages de sympathie. Il a montré ensuite le rôle de plus en plus important que prend l'hygiène soit dans le programme de l'enseignement des Facultés et des Ecoles de médecine, soit dans les applications quotidiennes de la médecine publique. Partant de ce principe très vrai que l'hygiène ne procède pas seulement par des décrets, mais qu'elle a besoin aussi de conseil et de persuasion, M. Proust a demandé à tous ceux qui l'écoutaient leur précieux concours et, à en juger par les applaudissements qui ont couvert son toast à l'avenir, au perfectionnement, au progrès de la prophylaxie, ce concours ne lui fera pas défaut.

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball a ouvert son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 6 novembre, au milieu d'une foule nombreuse d'auditeurs.

Après avoir rendu hommage à la mémoire de M. Lunier, inspecteur du service des aliénés, M. le professeur Ball a entrepris l'étude de cette branche spéciale de l'aliénation qui s'appelle le *délire avec conscience*.

Il est un grand nombre de ces malades qui, reconnaissant le danger imminent d'une crise, se font conduire dans un asile d'aliénés, la folie n'étant pas toujours un mal qui s'ignore lui-même. Ordinairement, pour les gens étrangers à la médecine, le caractère de la folie consiste à frapper, à hurler, à déraisonner, et, pour eux, soutenir qu'un homme calme est un aliéné, c'est un véritable paradoxe, une faute grossière. Et pourtant, toute la classe du délire avec conscience renferme des individus qui, en apparence, semblent être sains d'esprit.

C'est ainsi que dans le *délire émotif* les choses se passent :

Cette fille de 15 ans, mal développée, chétive, présente un type très frappant de délire émotif. Son père est un saturnin, sa mère, une nerveuse. L'enfant est, en général, raisonnable, mais elle a peur des voitures ; le vent la met dans une frayeur extrême, et cependant elle ne craint pas le bruit du tonnerre.

Cette autre malade craint les voitures à un point tel qu'elle n'ose traverser les rues, tant qu'elle aperçoit, même à une longue distance, une voiture ; elle finit par ne plus vouloir sortir de chez elle.

Un autre délire émotif consiste dans l'*agoraphobie*, dans la peur des espaces ouverts, des terrains accidentés, des endroits trop ou pas assez éclairés.

D'autres individus ont la *claustraphobie*. Ils craignent de rester dans un endroit fermé ; celui-ci ne peut entrer dans une salle de bain ; dès que la porte est fermée, il crie, il pleure, jusqu'au moment où la porte est de nouveau ouverte.

Il est des malades qui ont la crainte d'un lieu particulier, c'est la *topophobie* ; ils ne peuvent se résoudre à passer dans une certaine rue, par exemple, et font de nombreux détours pour l'éviter.

Signalons la *monophobie* (crainte de se trouver seul); l'*anthropophobie* (crainte de la foule); la *gynécophobie* (crainte des femmes): il y a aussi la *crainte des oiseaux*, comme ce malade qui ne pouvait supporter les chants ou les cris des oiseaux; la *crainte des claquements de fouet*, qui, chez un autre malade, était si grande qu'il dût, un soir, sortir d'un théâtre dans lequel on jouait une pièce où un postillon jouait un rôle. Le même malade battit, un jour, un cocher qui faisait claquer son fouet dans la rue.

On a cité des cas où l'*amour des animaux* était poussé à un point tel que la perte d'une grenouille fit verser d'abondantes larmes à son propriétaire.

La *panophobie* est une terreur panique, une crainte non motivée : des gens ont peur, ils ne savent pas de quoi, mais ils ont peur.

A la suite de toutes ces crises, il ne faut pas oublier de mentionner des accès de dyspnée, plus ou moins intenses. Ces différents états pathologiques conduisent souvent les malades au suicide.

Certains sujets ont la *crainte de toucher les corps extérieurs*. Ils craignent soit le contact de tous les corps, soit celui de certains corps seulement, des boutons de porte, par exemple.

Une dame apprend qu'un individu a attrapé la variole en maniant des billets de Banque. Comme elle vient de se livrer à la même opération, elle est prise d'une terreur subite et est persuadée qu'elle a gagné la variole. Aussitôt elle se lave soigneusement les mains et jette son savon et son essuie-mains, qui pourraient lui communiquer la maladie. Puis elle se dit qu'elle a touché à cet essuie-mains, à ce savon, et qu'il faut, par conséquent, se laver de nouveau ; elle recommence cette opération plusieurs fois de suite, jetant chaque fois savon et essuie-mains.

Il est des femmes qui ont peur des épingles, et qui voient des épingles partout. D'autres *craignent le contact des métaux*, des pièces de monnaies, etc.

D'autres ont *la folie du doute* qui consiste, selon l'heureuse expression du professeur Ball, dans un prurit cérébral qui pousse un individu à répéter sans cesse la même action sans jamais être satisfait. C'est ainsi qu'un médecin n'est jamais content de l'ordonnance qu'il vient de de signer ; que tel individu, après avoir cité un nom propre, se reprend, hésite sur le nom qu'il vient de prononcer, et par cette manie de chercher perpétuellement un nom propre, rend la conversation impossible.

On arrive ainsi à ces malades qui dontent de leur propre existence.

Après cette intéressante énumération faite pour permettre aux élèves de bien comprendre les différentes formes de ce délire avec conscience, M. le professeur Ball a montré que les deux conditions nécessaires à toute logique étaient la succession des idées et leur enchaînement.

C'est parce que tous ces malades ont perdu ces deux facultés qu'ils déraisonnent et qu'ils ne peuvent échapper aux idées fixes. Chez ces sujets, c'est toujours le même groupe de cellules qui entre en mouvement. Il y a, pour l'intelligence, dans la folie du doute et dans tous ces états émotifs, un véritable état de contracture avec paraplégie.

Tous ces troubles nerveux viennent après un affaiblissement grave, tel que, maladies aiguës, accouchement, hémorrhagie abondante, névrose, hystérie ; mais chez presque tous ces malades l'hérédité joue un rôle d'une importance capitale.

Enfin, M. le professeur Ball, fidèle à ses habitudes de clinicien, a fait passer devant ses auditeurs, dans la dernière partie de la leçon, un certain nombre de ces malades dont il venait de parler.

— COURS SUR LES EAUX MINÉRALES DE FRANCE.. — M. le docteur Audhoui, médecin à la Pitié, a commencé un cours sur les eaux minérales de France, le jeudi 5 novembre. Il le continuera tous les jeudis, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 3.

Un semblable enseignement n'avait jamais été fait dans les hôpitaux, aussi les étudiants étaient-ils venus en grand nombre recueillir ces leçons pratiques.

M. Audhoui, persuadé que la France produit suffisamment d'eaux minérales différentes pour les besoins de la thérapeutique, ne s'occupera que des stations thermales françaises.

Les Eaux minérales de France peuvent se grouper en cinq régions déterminées :

1o Les Pyrénées; 2o les Alpes, avec la Corse; 3o le Massif central; 4o les Vosges; 5o le Nord.

Après avoir parlé de la théorie de la formation des eaux minérales, M. Audhoui a insisté sur leurs caractères distinctifs.

Autrefois, on faisait l'analyse des eaux minérales en les laissant cristalliser. Maintenant on dose les gaz, on étudie les dépôts; les eaux sont concentrées de manière à donner des résidus solides. Puis, on s'empare des bases et des acides, et, en vertu des lois de l'affinité, on obtient les sels. C'est un procédé plus exact et plus scientifique.

M. Andhoui a insisté sur la constitution chimique des eaux minérales, sur les matières inorganiques et organiques qui les composent.

Il a ensuite parlé de l'ancienne classification des eaux minérales, et en a proposé une nouvelle, qui a le grand avantage d'être claire et complète.

Dans la prochaine séance, M. Audhoui traitera de l'action des eaux minérales et de leur emploi. A. Martha.

— Concours des hôpitaux. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes des hôpitaux de Paris a eu lieu jeudi 5 novembre : les sujets donnés ont été les suivants : pour la médaille d'or : *col de la vessie — tumeurs de la vessie.*

Pour la médaille d'argent : *périoste — anatomie pathologique, symptômes et diagnostic de l'ostéo-myélite des adolescents.*

— Jeudi 5 novembre a commencé l'épreuve orale du concours de l'internat pour les volontaires. Six candidats ont été appelés ce jour là, et ils ont eu à traiter : *vaisseaux sanguins de l'estomac — Symptômes de l'ulcère rond de l'estomac.*

Les autres candidats volontaires sont tombés sur une question plus difficile : ils ont eu à faire *les rapports de l'utérus et le mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face.*

Les notes données à l'écrit sont en général assez élevées : sur quarante deux élèves qui ont déjà lu leur composition, vingt ont la note 25 et au-dessus, vingt candidats ont au-dessous de 25.

NOUVELLES

Nécrologie. — Mardi dernier, une foule nombreuse a rendu les derniers devoirs au doyen de la librairie française, M. J.-B. Baillière, qui vient de s'éteindre à l'âge de 88 ans. M. Baillière, par les nombreux ouvrages de nos maîtres qu'il a publiés durant une moitié de ce siècle, et les relations qu'il a su établir à l'étranger, a pris une part importante au mouvement scientifique et à l'extension de la science française. Il touchait ainsi de très près à notre famille médicale, et nous devions ici à sa mémoire l'hommage public de nos regrets.

* * *

Faculté de médecine de Nancy. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année. — Prix : M. Friant; Mention honorable : MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années. — Prix d'anatomie et de physiologie : M. Eugène Licht.

Quatrième année. — Prix : M. Ruotte.

Prix Bénit. — M. Beauquel; Mention honorable : M. Haushalter.

Prix de Thèse. — M. Vautrin; Mentions honorables : MM. Marlier, Devaux, Lalitte et Beaucard.

École de médecine de Reims. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 10 novembre, un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques s'ouvrira à cette École le 1er juin 1886, et un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques s'ouvrira le 18 mai 1886. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture des concours.

* * *

Hôpitaux de Marseille. — Un concours pour une place de médecin-adjoint s'ouvrira à l'hôpital de Marseille le 4 janvier 1886.

Hospice général de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 3 mai 1886, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil. — Pour les conditions, s'adresser à M. l'économe de l'hospice général.

* * *

Assistance publique. — MM. les médecins du Ier arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 9 décembre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

* * *

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le lundi 16 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 12 novembre 1885, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur a résumé l'histoire de Paracelse et de Van Helmont.

— M. le docteur Ernest Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur *Les maladies de l'urètre et de la prostate*, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le vendredi 20 novembre, à cinq heures. Il le continuera les mardis et vendredis de chaque semaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses de doctorat soutenues pendant l'année scolaire 1885.

204. M. Riheton. De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie. — 205. M. Voisenet. Étude sur les différentes formes de myélites tuberculeuses. — 206. M. Bruneau. Empoisonnement par le gaz d'éclairage; recherches sur les propriétés physiologiques du propylène. — 207. M. Vignes. Du sublimé en chirurgie. — 208. M. Garin. Sur un cas de diabète azoturique. — 209. M. Coumailleau. Étude sur le mouvement de la population en France. — 210. M. Bœhler. Étude critique sur l'angine de Ludwig. — 211. M. G. Pichon. L'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. — 212. M. Viron. Contribution à l'étude physiologique et toxicologique de quelques préparations chromées. — 213. M. Romiszowski-Devoucoux. Des récidives de la fièvre typhoïde. — 214. M. Callais. De l'utilité des révulsions dans les affections aiguës de la moelle. — 215. M. Wœbling. L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation de la France. — 216. M. Zoniovitch. De la thyroïdite aiguë rhumatismale. — 217. M. Bernard. Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie. — 218. M. Arthaud. Étude sur le testicule sénile.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 1er au samedi 7 novembre 1885.

Fièvre typhoïde 27. — Variole 3. — Rougeole 26. — Scarlatine 1. — Coqueluche 6. — Diphthérie, croup 36. — Choléra 0. — Dy-

sentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 7. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 36. — Phthisie pulmonaire 185. — Autres tuberculoses 30. — Autres affections générales 48. — Malformation et débilité des âges extrêmes 48. — Bronchite aiguë 14. — Pneumonie 71. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 31. — au sein et mixte 12. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 69. — de l'appareil circulatoire 84. — de l'appareil respiratoire 61. — de l'appareil digestif 32. — de l'appareil génito-urinaire 31. — de la peau et du tissu lamineux 5. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 24. — Causes non classées 21. — Total de la semaine : 921 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Atlas des champignons comestibles et vénéneux de la France et des pays circonvoisins, contenant 72 planches en couleur où sont représentées les figures de 210 types des principales espèces de champignons recherchés pour l'alimentation et des espèces similaires suspectes ou dangereuses avec lesquelles elles peuvent être confondues, dessinées d'après nature avec leurs organes reproducteurs amplifiés, par Charles Richon, docteur en médecine, membre de la Société botanique de France, de la Société académique du département de la Marne, etc., accompagné d'une biographie de ces 210 espèces et d'une histoire générale des champignons comestibles et vénéneux, par Ernest Roze, lauréat de l'Institut, membre de la Société philomathique de Paris, de la Société botanique de France, etc. Texte illustré de 45 photogravures des dessins primitifs des auteurs anciens, d'après des reproductions exécutées par Charles Rolet. — On peut souscrire dès maintenant à l'ouvrage complet au prix réduit de 75 fr. — Les souscriptions à ce prix de 75 fr. ne seront plus acceptées à partir de l'apparition du 5e fascicule. — L'ouvrage, dont nous avons *tout le manuscrit et les planches* entre les mains, sera publié complètement dans un délai maximum de deux années. — L'ouvrage sera publié en 9 fascicules in-4. Chaque fascicule contiendra 8 planches et 32 pages dans le texte. — Prix de chaque fascicule : 10 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Dictionnaire des sciences anthropologiques, publié sous la direction de MM. Letourneau, E. Véron, André Lefebvre, de Mortillet, Hovelacque, etc., etc. 15e et 16e livraisons (Ko-Mi). — L'ouvrage sera complet en 24 livraisons. Chaque livraison contient 48 pages in-4 à deux colonnes, avec figures dans le texte. — Prix de la livraison : 1 fr. 25. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Cours de zoologie. L'homme et les animaux, rédigé conformément aux nouveaux programmes pour les lycées et collèges, la première année de l'enseignement spécial, les écoles normales primaires et les écoles primaires élémentaires et supérieures, par Gustave Philippon, inspecteur du matériel scientifique des écoles primaires élémentaires et supérieures, ancien professeur d'histoire naturelle au lycée Henri IV. Ouvrage adopté par la ville de Paris. Un joli vol. cartonné toile de 500 pages, avec 300 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 47 21 NOVEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

AMPUTATION DE LA CUISSE. — Leçon du professeur DUBRUEIL, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Messieurs,

Il y a une vingtaine de jours, vous m'avez vu pratiquer une amputation de cuisse, et c'est de cette opération que je désire vous parler aujourd'hui, bien que, je me hâte de le déclarer, je n'aie rien de bien neuf à vous dire.

La lésion qui a motivé l'amputation était une fracture spiroïde du tibia avec plaie. La suppuration, qui n'avait pas tardé à se produire, était remontée assez haut pour que j'aie cru prudent de ne pas recourir à une amputation de la jambe, au lieu dit d'élection. J'aurais pu désarticuler le genou, mais, malgré quelques plaidoyers récents en sa faveur, la désarticulation du genou est à peu près laissée de côté et regardée comme plus périlleuse que l'amputation de la cuisse. C'était donc cette dernière opération que je devais pratiquer.

A quelle hauteur fallait-il faire la section? On tient généralement, vous le savez sans doute, comme un fait acquis que pour les amputations dans la continuité, plus on s'éloigne de la racine du membre, moins le danger est grand. Je me suis donc éloigné autant que possible de l'extrémité supérieure du fémur, et j'ai pratiqué l'amputation sus-condylienne, dite de Carden (de Worcester). Je n'ai pas songé un instant à amputer au niveau des condyles, ce qui m'eût donné une énorme surface de section fémorale et eût ouvert les nombreux vaisseaux du tissu spongieux.

Dans l'amputation de Carden, on taille un grand lambeau antérieur comprenant la rotule et descendant un peu au-dessous d'elle. C'est ce que j'ai fait, en dessinant d'abord le lambeau avec la pointe du couteau et le disséquant après. J'ai ensuite taillé par transfixion un petit lambeau postérieur; j'ai divisé circulairement les chairs demeurées adhérentes à l'os, et j'ai terminé par la section de ce dernier, pratiquée suivant un procédé sur lequel j'appellerai tout à l'heure votre attention. La méthode antiseptique a, bien entendu, été rigoureusement appliquée.

Aujourd'hui, la plaie est cicatrisée, et le malade est complètement guéri. L'examen du moignon présente un certain intérêt. Désireux d'obtenir un moignon qui pût directement et solidement appuyer sur le cuissard, lequel prend d'ordinaire son point d'appui sur la tubérosité sciatique, j'avais pensé pouvoir obtenir ce résultat en enlevant avec la scie une tranche de la face postérieure de la rotule et adaptant cette surface de section à celle du fémur, de façon à obtenir une soudure de ces deux os. Mais, lorsqu'après avoir scié le fémur, je voulus appliquer le lambeau antérieur sur la surface de section de cet os, je m'aperçus immédiatement que la rotule se trouvait placée en arrière du fémur, et je dus renoncer à mon projet de réséquer une portion de la rotule.

FEUILLETON

L'OUVERTURE DES ÉCOLES DE MÉDECINE A LONDRES. — RÉFORME DES EXAMENS ET DIPLÔMES.

La rentrée des écoles de médecine de Londres a été cette année particulièrement intéressante, et cet intérêt, elle l'empruntait à un vent de réforme qui souffle en ce moment en Angleterre.

J'ai raconté il y a quinze ans, ici même, ce qu'est l'enseignement médical en Angleterre, et l'on sait, pour ne parler que de Londres — car à Cambridge, à Oxford, en Ecosse, en Irlande, on délivre aussi des diplômes — que ce sont l'Université de Londres, les collèges des chirurgiens (*Royal college of surgeons*) et des médecins (*Royal college of physicians*) qui confèrent les grades de docteurs de l'université et les titres de membres de ces collèges Ajoutez l'inscription payée sur un registre spécial (*medical registrar*), et vous saurez ce que c'est qu'un praticien à Londres.

Mais les grades des collèges, on commence à les trouver insuffisants; ils n'ont, aux yeux de beaucoup, ni autorité, ni prestige, parce qu'on les croit trop aisément octroyés. Il s'agit de leur donner cet éclat qui leur manque, et plusieurs projets sont en préparation. Les uns voudraient qu'un diplôme nouveau et de haute valeur fût délivré par la réunion du collège de médecins et du collège des chirurgiens; les autres rêvent la création d'une sérieuse université enseignante (*teaching University*) qui, en même temps, délivrerait des diplômes.

Ce qui frappe les meilleurs esprits, c'est que, pour gagner le titre de *docteur*, beaucoup d'étudiants anglais de Londres quittent leurs études de la capitale la première année, abandonnant, comme le disait M. Habershon, leurs études cliniques qui sont l'un des principaux mérites des écoles de Londres, et s'en vont jusqu'en Ecosse chercher les diplômes distribués par les universités d'Edimbourg et de Glascow avec une facilité que d'aucuns qualifient de scandaleuse. Quelques-uns même vont en Irlande, où deux corps enseignants confèrent également des grades; mais l'émigration est moins forte de ce côté-là on craint de passer le canal, à cause du mal de mer, disait l'autre jour le spirituel M. Pepper, médecin de l'hôpital Sainte-Mary, dans un discours à l'ouverture de l'école

Voici ce qui s'est produit : le moignon est arrondi, parfaitement régulier, tout à fait indolore. La ligne de cicatrisation, transversalement dirigée, est placée derrière le fémur. En pressant cette surface arrondie, on éprouve sur une assez grande étendue une résistance osseuse, et un examen attentif démontre qu'en avant cette sensation osseuse est due au fémur, tandis qu'en arrière il faut l'attribuer à la rotule qui, bien que placée un peu plus en avant qu'au moment où l'amputation venait d'être faite, se trouve cependant encore postérieure au fémur.

La rotule est à peu près fixe, mais, en la saisissant avec les doigts, on peut lui imprimer de légers mouvements, ce qui prouve qu'elle n'est pas soudée au fémur par des adhérences osseuses. Je pense donc que si l'amputation sus-condylienne de Carden a l'avantage de donner un moignon parfaitement régulier, on ne peut compter que ce moignon fournisse un point d'appui efficace à l'appareil prothétique.

Un mot sur l'amputation de la cuisse envisagée d'une façon générale. Je considère l'amputation à deux lambeaux, antérieur et postérieur, comme la meilleure, comme celle qui expose le moins à la saillie de l'os; mais ces lambeaux doivent être taillés dans des conditions déterminées. C'est surtout au lambeau antérieur qu'incombe le rôle de recouvrir la surface de section osseuse. Aussi, doit-il être plus long que le postérieur, et sa base doit-elle être disposée de façon à dépasser de chaque côté le diamètre transversal du fémur. C'est vous dire qu'il serait extrêmement incommode, pour ne pas dire impossible, de le tailler par transfixion. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de le dessiner avec la pointe du couteau, et puis de le disséquer, en ayant soin de couper les muscles obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de façon que le lambeau, tout en étant suffisamment doublé à la base, ne soit pas trop espacé au sommet; il faut aussi avoir soin de couper les muscles de façon qu'ils ne dépassent pas la surface de la peau, et si on s'aperçoit qu'ils la dépassent, on doit tout simplement prendre des ciseaux et les ébarber.

Quant au lambeau postérieur, on peut, si l'on veut, le tailler par transfixion, mais alors il est bon de recommander à l'aide qui tient la racine du membre de pincer en arrière la peau, parallèlement au fémur, afin que la rétraction soit plus efficace et que l'on évite, autant que possible, de voir, après la section, les muscles dépasser les téguments.

Je vous disais tout à l'heure que je pratique la section du fémur d'une façon spéciale.

Quelque soin que l'aide chargé de relever les lambeaux apporte dans l'accomplissement de sa tâche, il arrive bien rarement que le chirurgien, gêné par le volume des lambeaux et par la portion sous-jacente du membre, parvienne à sectionner la diaphyse fémorale assez haut pour que l'extrémité de l'os ne fasse pas entre les lambeaux une saillie plus ou moins prolongée. Aussi, pour éviter cet inconvénient, ai-je pris le parti de faire deux sections successives de l'os. L'aide relevant les lambeaux, je scie le fémur suivant la méthode classique, aussi haut que possible, avec la scie à amputation ordinaire. Puis, cela fait, et le segment inférieur du membre séparé, je saisis avec un davier l'extrémité inférieure de l'os saillante entre les lambeaux, je détache le périoste en le refoulant vers la partie supérieure jusqu'à la base des lambeaux, et à ce niveau je scie de nouveau le fémur avec une scie à main; j'évite ainsi tous les inconvénients attachés à la saillie de l'os.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, conférence par le docteur JULES SIMON.

Suite. — Voir les numéros 45 et 46.

Symptomatologie. — Mon ami, le docteur Cadet de Gassicourt, n'admet point que l'adénopathie bronchique, envisagée d'une manière générale, se traduise par une symptomatologie vraie qui s'applique aussi bien à la congestion, l'inflammation et l'hypertrophie des ganglions bronchiques qu'à la tuberculisation. Pour lui, la phtisie des glandes thoraciques seule est susceptible de donner lieu à des signes caractéristiques, parce qu'il la considère seule comme capable d'exercer des influences mécaniques sur les organes voisins. Il y a là, je crois, une double erreur d'interprétation et d'observation. D'abord il existe des adénopathies simples volumineuses, produisant chez les jeunes sujets des compressions véritables; ensuite veuillez tenir compte de ce processus irritatif mobile, inflammatoire, déterminant ici des poussées congestives, là des scléroses, des adhérences. Doué d'une action

de cet hôpital, qu'il relève par des citations de Longtellow, comme M. T. Holmes relève le sien par des citations de Milton.

Je n'ai pas besoin de présenter à mes lecteurs M. T. Holmes, de Saint-Georges hospital. C'est un chirurgien habile, qui manie le bistouri avec prudence et dextérité, et n'est pas maladroit non plus quand il parle ou tient la plume. Il inaugurait ces jours-ci l'année scolaire à Saint-Georges, un hôpital où ont professé les Brodie et les Hunter.

Tandis que M. Pepper, à Sainte-Mary, faisait de curieux et très fantaisistes portraits, j'allais dire d'humoristiques caricatures, des divers professeurs de clinique ou d'anatomie, il faisait, lui, la peinture fidèle des écoles de médecine de Londres. Il les trouve trop nombreuses, mais cependant bien organisées, sauf pour l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, en quoi il est de l'avis de M. Huxley. M. Hardy rappelait précisément l'opinion du célèbre physiologiste dans une séance du Collège des médecins. M. Huxley disait qu'il n'y avait possibilité d'établir l'enseignement sérieux de la physiologie que dans trois écoles de Londres, la lupart des professeurs de physiologie ne regardant les chaires où ils restent fort peu que comme un marchepied pour d'autres plus importantes.

Pour en revenir à M. Holmes, il dit que les écoles de Londres ont des hôpitaux bien outillés les médecins y donnent un enseignement familier et pratique; — on fait de même dans nos écoles secondaires en France —; vu le petit nombre d'élèves, la leçon est plus directe, plus pénétrante, si je puis ainsi dire, — et c'est aussi l'avis du docteur Georges Cowell, de Westminster Hospital.

Du temps de la jeunesse de M. Holmes, on allait, dit-il, étudier à Paris; maintenant, c'est en Allemagne; on entend de belles leçons, on assiste à de brillantes opérations, et l'élève qui en revient peut raconter par le menu une résection du pylore ou une extirpation du larynx; il ferait une atroce grimace s'il lui fallait réduire une hernie, et il n'a jamais pratiqué le cathétérisme.

C'est le tableau assez exact de ce qui se passe à Paris, savez-vous? L'étudiant, perdu dans la grande ville, n'a personne pour le guider, et c'est grand miracle s'il parvient à suivre logiquement et rationnellement le cours de ses études. Mais, est-ce bien ce qui se passe en Allemagne? Je lisais l'autre jour dans les *Débats* le récit d'un voyage de M. J.-J. Weis en Alsace et j'ai lu ailleurs

variable, vous le verrez stimuler ou annihiler les nerfs, les plexus cardio-pulmonaires, les sécrétions bronchiques. Tantôt il provoque du spasme des tubes aérifères, tantôt il leur fait perdre la propriété tonique et élastique du parenchyme pulmonaire, dont il facilite l'engouement passif.

Cet ensemble de perturbations fonctionnelles qui sont mobiles, changeantes parfois dans un laps de temps très court, jointes à des signes physiques plus ou moins faciles à saisir, constituent le tableau de l'adéno-bronchique.

Veuillez, je vous prie, en bien écouter l'exposition didactique. Et d'abord passons en revue les symptômes fonctionnels :

1° *Jeu de la cage thoracique. — Sensation. — Dyspnée. — Accès, asthme. — Orthopnée. — Respiration sifflante, avec bruits perçus à distance, et même tirage ou cornage.* — Vous ne rencontrerez pas ces symptômes réunis chez tous les malades atteints d'adénopathie bronchique. Un grand nombre ne présente jamais d'accès de suffocation ou de cornage. En outre, ces accès peuvent se dissiper pour reparaître plus tard. Rappelez-vous du reste ce que nous constatons le plus souvent à notre consultation du samedi, où les petits malades, plus valides que ceux de nos salles, présentent des signes moins obscurs, moins enveloppés, pour ainsi dire, par une affection causale.

Quand les enfants sont déjà grands, ils témoignent d'une sensation intra-thoracique de gêne, de poids. Quelques-uns accusent une douleur plus ou moins nette, siégeant soit en avant, soit en arrière de la poitrine. Ces sensations se calment ou s'exagèrent suivant les mille et une conditions d'hygiène, de refroidissement des petits malades.

Les parents, en outre, constatent souvent que l'enfant ne peut courir, monter, faire un effort quelconque continu sans offrir des signes de dyspnée et de fatigue générale. Quelquefois les émotions violentes, ou même l'acte de la déglutition, renouvellent une sorte d'attaque dyspnéique.

Je donne des soins en ce moment à deux petits garçons, à peu près du même âge, de 10 à 11 ans, qui ne peuvent suivre les cours des lycées par suite des accès de dyspnée et même d'orthopnée qui se manifestent chez eux à l'occasion des jeux, des courses, ou de la raréfaction de la chaleur des classes. Ils sont manifestement atteints de bronchiques chroniques et d'adénopathie qui a pris chez eux une importance exagérée. Dans les rechutes les plus fortes, on les dirait frappés d'une véritable asphyxie rapide.

Enfin, il est des cas plus rares, que j'ai cependant observés un certain nombre de fois, où la respiration constamment dyspnéique s'étendait à de grandes distances et donnait lieu à un sifflement laryngo-trachéal avec les signes du cornage et du tirage les plus effroyables. J'ai vu dans ma salle Sainte-Thérèse une enfant phtisique succomber brusquement à une de ces attaques épouvantables dues à des adénopathies bronchiques tuberculeuses et d'un volume considérable.

Vous comprendrez que les symptômes légers, bénins, doivent être plus fréquents, puisque l'adénopathie simple est plus commune que l'adénopathie tuberculeuse ou de toute autre dégénérescence. Cette dernière espèce, celle des dégénérescences, sera la cause des plus graves accidents. Que l'adénopathie soit simple, congestive, inflammatoire, hypertrophique ou tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, etc., etc., attendez-vous à trouver des degrés très divers de tolérance ou de dyspnée. Chez quelques petits malades, les troubles de respiration sont à peu près nuls; chez d'autres, ils sont très alarmants, successifs et reviennent à tous propos. Enfin, ils peuvent se grouper et alterner, présenter une mobilité caractéristique. Ils prendront plus tard dans le problème du diagnostic une valeur d'autant plus grande que l'état du poumon, des bronches, des autres organes intra-thoraciques, n'en donne point une explication plausible.

Ce que l'anatomie pathologique nous a révélé sur la compression et l'excitation, et parfois sur la destruction des nerfs pneumogastriques des récurrents, des plexus cardio-pulmonaires, nous l'invoquons en ce moment, comme nous allons le faire encore pour vous faire saisir le mécanisme des altérations de la toux et de la voix.

2° *Ces altérations de la toux et de la voix* présentent des caractères insolites qui attirent immédiatement l'attention dès le premier examen.

La toux est impérieuse, rauque, quinteuse et parfois coqueluchoïde; revenant à tout propos, sans la moindre influence, elle simule celle de la coqueluche à s'y méprendre, surtout de la coqueluche dans la période initiale.

Elle s'en distingue bientôt par l'absence habituelle de re-

qu'en Allemagne le maître est plus près que chez nous de ses élèves ; payé par eux directement, il s'intéresse à leurs progrès et ils s'attachent à lui. Je crois donc qu'il y a un peu d'exagération dans le dédain de T. Holmes pour l'enseignement en Allemagne.

Ne jugez pas le maître, dit un peu plus loin M. Holmes, par son renom, par l'excellence de ses lectures, l'appareil solennel qui règne à l'amphithéâtre d'opération ; mais bien par son empressement à vous familiariser avec la pratique de chaque jour ; et il ajoute que, sous ce rapport, les écoles de Londres sont les meilleures qu'il connaisse.

Voilà ce que dit le chirurgien de Saint-Georges.

A l'hôpital Saint-Thomas, — un des plus beaux de Londres, — M. Mackellar nous parle des voyages de l'étudiant en médecine et de l'utilité des langues étrangères. Les voyages instruisent la jeunesse, nous répète-t-il, après la sagesse des nations, et, en passant, il cite Gœthe, comme ses collègues ont cité Milton et Longfellow. M. Mackellar a beaucoup voyagé, et il nous dit tout ce qu'il a appris en fait de procédés ingénieux en chirurgie chez les Arabes, les Turcs, les Circassiens, et il termine son discours par un appel singulièrement éloquent au cœur du médecin dont il décrit la tâche avec émotion.

Si M. Mackellar préconise l'étude des langues étrangères modernes, M. Schœffer, au collège de l'Université, M. Hutchinson, à l'école de Leed, ne sont pas fanatiques des langues mortes ; le second comprend bien qu'il ne faut pas être ignorant des choses de l'antiquité grecque ou romaine, mais il lui suffit qu'on les lise dans une traduction ; il dit même que la définition en langue grecque ou latine nuirait au progrès de la médecine. Quant au premier, il insiste sur l'utilité des mathématiques qui donnent à l'esprit de la précision et de la netteté, sur la connaissance des sciences physiques et naturelles, dont il ne permet l'étude qu'après tout examen passé et au moment où le médecin va entrer dans la vie active.

Dans cette appréciation de l'enseignement de la médecine du jour, je n'aurais garde d'oublier un discours très fin de M. Burdon-Sanderson, le physiologiste autorisé que tout le monde connaît ? Sous ce titre : « Une vie dévouée à la science de la médecine », M. Burdon-Sanderson a fait devant les membres de la Société médicale du collège de l'Université de Londres un éloge charmant

prise bruyante et de rejets de matières filantes et de substances alimentaires. J'ai vu ce caractère quinteux, cette fausse coqueluche, se présenter quelquefois dans des circonstances vraiment mémorables. Un petit garçon de huit ans, né et élevé à Trieste, m'est amené à Paris pendant l'été de 1883 pour une affection coqueluchoïde qui avait désespéré tous les thérapeutes de la ville. Comme il n'avait pas cessé d'être en contact avec trois autres enfants qui ne présentaient rien de semblable, et qui n'avaient jamais été atteints de coqueluche, il devenait évident *à priori* que cette affection, remontant à six mois déjà, devait être attribuée à des hypertrophies des glandes intra-thoraciques. C'est ce que l'auscultation permettait de confirmer : les sommets étaient indemnes et un souffle intense existait de chaque côté de la colonne vertébrale, à peu près au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Ce petit garçon toussait sans trêve ni merci dès qu'il était réveillé ; parfois, les quintes étaient longues, intenses, et s'accompagnaient d'une véritable asphyxie. Rien n'était plus pénible que d'entendre les efforts d'accès de toux de ce pauvre petit enfant dont la santé générale ne se ressentait pas trop de cette tenace affection. J'instituai un traitement par l'eau du mont Dore, la preparation d'aconit et les révulsions au crayon Limousin ; une amélioration d'abord s'accentua en une quinzaine de jours ; au bout d'un mois et demi, l'enfant était complètement débarrassé de la toux agaçante. J'ai eu de ses nouvelles depuis son retour à Trieste, et sa guérison, à part quelques rechutes très courtes, ne s'est pas démentie.

La voix est normale dans le plus grand nombre de cas; quelquefois elle est rauque, enrouée, éteinte; parfois, l'enfant est presque aphone. Dans certains cas, on constate des accès de spasmes ou des paralysies de la glotte, et, comme je vous l'ai déjà dit, du sifflement laryngo-trachéal et du cornage. L'ensemble de ces modifications de la voix dépend du degré de compression, d'irritation et quelquefois de l'altération des nerfs récurrents droit et gauche. Aussi, les trouverez-vous de préférence dans les adénopathies par dégénérescence. Je tiens cependant à vous assurer que, chez les petits enfants, l'adénopathie aiguë, rubéolique, coquelucheuse ou inflammatoire, indépendamment des altérations de la muqueuse, provoque parfois des modifications du timbre de la voix très remarquables.

La dyspnée, surtout la dyspnée par accès, a pour point de départ les modifications subies par les nerfs et les plexus intrathoraciques. Même quand la compression mécanique est excessive, les accès d'asthme ne sont jamais constants ni continus. Une émotion, une impression subie par la muqueuse aérienne, le simple fait de la digestion, en provoquent le retour. Ce qui ne veut pas dire que la compression mécanique y est étrangère; elle est, au contraire, la base de la physiologie pathologique du cornage et du sifflement laryngo-trachéal persistant et non interrompu sur lequel viennent encore s'implanter les accès d'oppression dont je vous parle en ce moment. Nous aurons même à distinguer, au point de vue du diagnostic, un cornage laryngé ou laryngo-trachéal, et un cornage trachéal, trachéo-bronchique d'origine mécanique.

Si, guidés par ces symptômes fonctionnels, vous vous mettez en quête *des signes physiques*, vous les trouverez confondus avec les signes des affections de l'appareil respiratoire et des autres organes intra-thoraciques qui leur ont donné naissance. C'est dire que cette étude est entourée de certaines difficultés pratiques qui, heureusement, ne sont pas insurmontables.

Procédons du simple au composé et prenons pour exemple un de nos petits clients de la consultation du samedi et dont le diagnostic, conçu en ces termes, *adénopathie, suite de coqueluche*, ne laisse dans votre esprit pas le moindre doute. Que trouvons-nous à la percussion et à l'auscultation ?

La minceur des parois thoraciques permet de constater assez souvent chez cet enfant une diminution de sonorité d'un côté, dont le siège est entre le scapulum et la deuxième ou la troisième vertèbre dorsale. Les sommets et le reste de la poitrine ne fournissent aucun signe analogue. La cage thoracique jouit plutôt d'une sonorité exagérée vers le milieu en avant et en arrière, trahissant l'existence d'un emphysème pulmonaire concomitant. La région sus-épineuse restant sonore, vous ne pouvez songer à la tuberculisation pulmonaire qui procède, comme vous le savez, de haut en bas.

Réunie aux principaux symptômes fonctionnels précités, la submatité inter-scapulo-vertébrale tient une place importante dans les signes physiques.

Cette diminution de la sonorité de la poitrine peut être constatée en avant dans la région supérieure du sternum quand il s'agit de grosses glandes médiastines ou trachéo-bronchiales. Malheureusement, même avec des troubles de

---

de Cohnheim ; j'ai saisi au passage ces *desiderata* du physiologiste : S'il avait à revivre de sa vie de jeunesse, il irait suivre à Berlin, à Paris, à Vienne, des cours de clinique ; il étudierait la médecine expérimentale à Prague, à Strasbourg ou à Leipzig ; il ferait de la chimie pathologique à Berlin, avec Salkowski, après avoir pris à Londres les premiers principes de la langue allemande et des manipulations de laboratoire. Mais les laboratoires sont si mal outillés en Angleterre ! Cette organisation des écoles de médecine anglaises, leur multiplicité surtout, ont soulevé ce vent de réformes auquel je faisais allusion plus haut.

M. Hardy, dans la réunion du Collège des *physicians* tenue le 29 octobre, s'étayant, comme je l'ai dit, de l'opinion du professeur Huxley, a insisté sur le danger de cette multiplicité qui éparpille les forces au lieu de les concentrer ; on peut d'ailleurs s'en faire une idée en lisant le tableau des élèves de première année qu'ont reçus, en octobre dernier, les écoles de médecine de Londres : Saint-Barthélemy, 148 ; Université, 136 ; Saint-Thomas, 113 ; Londres, 108 ; Say, 91 ; Sainte-Marie, 81 ; Collège royal, 78 ; Charing Cross, 63 ; Midlesex, 40 ; Saint-Georges, 35, celui même où professe Timoty Holmes. Il est vrai qu'à côté des inconvénients de cette dispersion, il y a ce rapprochement de l'élève et du maître que signalait ce chirurgien distingué. Mais, à toutes ces écoles, il manque une autorité qui les contrôle et les guide ; la grande centralisation dont on se plaint chez nous, on la souhaiterait en Angleterre, et on se demande qui la fera. Seront-ce les collèges des médecins et des chirurgiens, ainsi que je le disais au début ; sera-ce l'Université de Londres reformée ? On a beaucoup agité ces questions dans de nombreuses réunions tenues par ces diverses corporations.

M. Andrew Clarke, un professeur d'expérience, n'a pas manqué de dire que l'Université de Londres, avec ses examens sévères de philosophie, rend son diplôme de MD presque inaccessible : « The degree is exceptional and can be attained by few. » Il veut une action combinée des deux collèges ; le jury d'examen serait pris dans ces deux corporations, et, si elles le veulent, a dit M. Clarke, elles pourront élever le niveau du diplôme, au lieu de l'abaisser comme on le craint.

Mais cette opinion n'est pas de l'avis du savant Erichsen. « Interviewé » par un ami, ce chirurgien, qui est aussi membre du Parlement, veut que les choses restent en l'état. Que deviendront,

respiration, même avec une toux sèche, impérieuse et coqueluchoïde très persistante, *cette submatité intra-scapulaire peut faire défaut.* Je vous ai montré des petits sujets que l'auscultation seule permettait de faire rentrer dans la catégorie des adénopathies bronchiques. Dans ces cas, les glandes du hile ou des premières divisions bronchiques, loin d'être rapprochées soit de la colonne vertébrale, soit des côtes, se trouvent couvertes, matelassées, par les poumons emphysémateux ou absolument sains.

Donc la percussion vous fournira, sinon toujours, au moins assez souvent, des signes d'amoindrissement dans la sonorité d'une région spéciale, celle de la racine des poumons.

L'auscultation révèle des phénomènes très utiles, mais souvent complexes.

Ainsi on perçoit dans le siége d'élection précité une diminution du murmure respiratoire, souvent une apnée complète et un souffle rude, sec, tubaire, parfois caverneux, très retentissant, sans que l'oreille perçoive la crépitation de l'induration inflammatoire, les craquements et les râles multiples du ramollissement ou de la caverne pulmonaire.

Si les glandes du hile, par exemple, compriment légèrement l'arbre aérien, elles ne produisent qu'un simple retentissement du passage de l'air dans un tube rétréci; mais si les ganglions se touchent, s'ils constituent une masse qui fait établir un contact avec la colonne vertébrale ou avec quelque partie du poumon indurée par des noyaux de broncho-pneumonie ou de tuberculose, ils transmettent, dans ce cas, des bruits de souffle d'autant plus intenses et plus larges. Les râles de bronchite, de pneumonie, de tuberculose, peuvent alors être perçus simultanément, mais avec cette particularité caractéristique qu'ils affectent un siège différent où les bruits d'induration pulmonaire dominent la série des signes concomitants.

Dans le cas de bronchite chronique, d'emphysème, le reste de la poitrine présente les signes propres à ces affections sans effacer ceux de l'adénopathie. Il n'en est pas de même dans la tuberculose pulmonaire; ses lésions des régions sus-épineuses, sous-claviculaires, se confondent avec celles de l'adénopathie. Les signes nombreux et intenses de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie couvrent complètement ceux de l'adénopathie.

L'auscultation est fructueuse, en résumé, dans les bronchites aiguës, les bronchites chroniques, le catarrhe et l'emphysème pulmonaire; elle l'est moins dans les autres affections, sauf les cas où les ganglions, devenus énormes, produisent des signes physiques qui priment tous les autres.

J'ajoute néanmoins que chez un enfant atteint de toux impérieuse, sèche, quinteuse, coqueluchoïde, quelle qu'en soit la cause récente ou chronique, simple ou organique, vous pourriez toujours, ou presque toujours, trouver, ne serait-ce que dans une région ganglionnaire, une altération du murmure respiratoire, un souffle, un retentissement de la voix et du cri de l'enfant qui décideraient en faveur de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Si vous complétez vos investigations, vous trouverez chez certains enfants atteints, non de lésions du parenchyme pulmonaire, mais seulement de bronchite chronique, vous serez surpris de trouver des régions apnéiques, des râles humides et parfois des troubles plus manifestes de la circulation cardiaque. Le pouls sera petit, serré, quelquefois ralenti, d'autres fois précipité, et le cœur, animé de battements puissants avec impulsion et dilatation cardiaque : c'est un des résultats de la compression des bronches pour l'apnée et des vaisseaux pulmonaires pour les troubles cardiaques.

Il n'est pas rare de constater un aspect vultueux et violacé du visage pendant que les veines du cou, des tempes ou des épistaxis, des injections sous-conjonctives, de la somnolence parfois, témoignent d'une notable difficulté de la circulation de la veine-cave supérieure.

On a signalé des vomissements persistants, des hoquets dont la source devait être dans les pneumo-gastriques et les nerfs phréniques.

Telle est, à grands traits, la physionomie générale de l'adénopathie bronchique.

Mais, le fait sur lequel je ne cesse de bien insister depuis le commencement de cette conférence, c'est la mobilité, l'intermittence des symptômes aussi bien fonctionnels que physiques de l'adénopathie bronchique. Non seulement l'association des signes varie avec chaque malade, mais les symptômes présentent chez le même sujet des alternatives d'exacerbation ou d'accalmie très rapides, très intenses, explicables ou non, sous l'influence de causes légères ou puissantes. Un malade était seulement atteint de toux rauque coqueluchoïde, devient dyspnéique au moindre effort, à la moindre variation baro-

---

dit-il, les médecins, déjà munis de l'ancien diplôme délivré par chacun des deux collèges ? Ne se considéreront-ils pas, ne les considérera-t-on pas comme moins instruits que leurs confrères examinés sous le futur régime ? Et, d'un autre côté, ce dernier régime, accordant le titre de docteur, ne nuira-t-il pas à ceux qui, pour gagner ce titre dans une université sérieuse, auront fait les plus grands efforts d'intelligence, les plus grands sacrifices de temps et d'argent?

L'enfantement du nouveau projet est encore entravé par une scission profonde qui s'est produite au sein du collège des chirurgiens où la foule des membres (16,509) veut partager, avec l'aristocratie des *Fellows* (1,166), les prérogatives que ces derniers se sont réservées entre autres le droit de faire partie des jurys d'examen. Dans les *Fellows* (compagnons), figurent, en effet, les sommités de la chirurgie britannique; les *membres* ne sont que des stagiaires, attendant leur tour passer *Fellows*; c'est cette attente qui leur est cruelle, mais ils sont en passe de gagner leur cause.

Dame ! l'argent est le nerf de la guerre, et savez-vous que la souscription annuelle des *Fellows* n'est que de 1,275 livres (31,875 fr.), tandis que celle des membres monte à 17,204 livres (430,100 francs); mais c'est ce désaccord qui retarde la résolution définitive, — laquelle est ainsi indiquée dans une délibération des *Fellows* tout seuls :

« Il est à souhaiter qu'on délivre un grade en médecine et chirurgie à toutes les personnes examinées *conjointement* par le collège des médecins et le collège des chirurgiens et ayant passé avec succès l'examen ordinaire et additionnel.

« Le Conseil est chargé de donner corps à ce vœu. »

Tel est l'état de cette grave question.

D^r C. DELVAILLE.

Par décret, en date du 8 novembre 1885, M. le médecin-inspecteur Villemin a été, sur sa demande, placé, par anticipation, pour cause de santé, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

métrique ou hygrométrique. Puis cette susceptibilité s'atténue, pour revenir plus tard et durer plus ou moins longtemps. Le sifflement laryngo-trachéal, le cornage, peuvent offrir les mêmes phases d'exacerbation ou de diminution.

Il en est de même des signes fournis par l'auscultation qui, après avoir révélé au niveau du hile du poumon des souffles intenses, ne permet plus de constater que des signes insignifiants d'apnée et de respiration sèche et prolongée. Quelques jours après, on peut trouver sur le même sujet du souffle tubaire large, et même caverneux, avec ralentissement de la voix et du cri. Cette intensité variable des symptômes de l'adénopathie-bronchique dépend des congestions, des irritations qu'elle apporte avec la compression des organes intra-thoraciques. Vous retiendrez pourtant que dans ce tableau changeant il existe toujours une série de symptômes fonctionnels d'une allure hors de proportion avec les signes de la région intra-scapulaire.

(*A suivre.*)

REVUE CRITIQUE

La méthode pastorienne et la méthode antiseptique. — De quelques-unes de leurs applications en chirurgie et en médecine, en particulier dans le traitement du choléra morbus, par M. Maurice Notta.

Suite. — Voir les numéros 44, 45 et 46.

IV

Nous avons essayé de donner un court aperçu des merveilleux effets thérapeutiques de la méthode antiseptique dans un certain nombre d'affections que nous pourrions appeler *parasitaires externes*, puisque la plaie cutanée par laquelle pénètre le microbe est manifeste, visible, extérieure. Mais il n'en est pas toujours ainsi : dans beaucoup de maladies, la porte d'entrée du microbe est invisible, interne, et le mode d'action de l'agent morbigène demeure inconnu. On sait qu'il envahit l'économie, tantôt par la muqueuse respiratoire, tantôt par les voies digestives; mais on ignore le siège exact, le modus faciendi, le point de départ de l'infection. Comment alors lutter contre un ennemi qui se dérobe, prévenir le danger, et, une fois l'organisme infecté, atteindre directement l'agent infectant? C'est ce qui explique l'impuissance relative dans laquelle est demeurée jusqu'ici la méthode antiseptique appliquée au traitement des maladies *parasitaires internes*, appelées aussi virulentes, infectieuses, zymotiques ou contagieuses. Mais quoiqu'elle n'ait pas encore donné les résultats définitifs qu'on est en droit d'attendre d'elle, il ne faut pas se decourager, et il ne faut voir dans cette période de tâtonnements et de recherches qu'une phase transitoire nécessaire pour aboutir à une thérapeutique nouvelle et certaine. L'idéal, pour tous ceux que n'effraie pas le champ si vaste des expériences à tenter dans ce but serait, nous le savons, de découvrir, pour chaque maladie, un antiseptique interne défini, qui constituerait, à une dose déterminée, l'agent antiparasitaire du microbe pathogène. Nous verrons plus loin pourquoi nous croyons irréalisable cette consolante idée, qui permettrait d'atteindre la perfection dans la thérapeutique aujourd'hui encore si imparfaite! Et cependant, bien que les antiseptiques internes n'aient paru jusqu'ici donner que des résultats inconstants et parfois même peu satisfaisants, nous pensons que c'est vers eux et vers la méthode antiseptique que doivent être dirigés les efforts de la thérapeutique dans le traitement des maladies parasitaires.

A l'époque où les idées humorales étaient admises en médecine, les préparations antiseptiques, et principalement les acides minéraux, jouaient un grand rôle dans le traitement des fièvres adynamiques ou putrides. De nos jours, il est rationnel de chercher à combattre, à l'aide d'agents antifermentescibles, les maladies qui paraissent avoir pour causes des phénomènes analogues à ceux de la fermentation organique. C'est ainsi que, dans la fièvre typhoïde, l'usage de l'acide phénique, de l'acide salycilique, du charbon, etc., a paru répondre à l'indication de désinfecter le contenu de l'intestin et d'empêcher la résorption des matières septiques. Un maître éminent, M. le professeur Bouchard, traite depuis plusieurs années ses typhiques par les antiseptiques, pour empêcher la putréfaction qui se produit dans le tube digestif, et leur fait ingérer, à cet effet, un mélange de poudre de charbon, d'iodoforme et de glycérine. Le professeur Chauffard avait vanté l'emploi de l'acide phénique dans les varioles graves, et des médecins allemands ont obtenu, dans la lèpre, des améliorations sérieuses, à l'aide de ce même agent. M. Laveran, qui a rencontré, chez les fébricitants, des éléments figurés qu'il compare aux filaires du sang, les a vus disparaître chez les malades qui ont pris du sulfate de quinine. Plus récemment, les inhalations de vapeurs d'essence de térébenthine et de goudron ont paru donner, entre les mains de M. Delthil (de Nogent-sur-Marne), d'heureux résultats dans le traitement de la diphthérie. Quoique ce soit un problème assurément très difficile à résoudre que d'aller atteindre le principe infectieux à travers l'organisme, il semble cependant que ces divers médicaments aient produit entre les mains de ceux qui les ont employés des succès suffisants pour encourager de nouveaux essais. Dans toutes ces tentatives thérapeutiques, on poursuit la désinfection interne; si l'on ne trouve pas l'agent neutralisateur capable de détruire les principes morbides au sein de l'économie, et de tuer directement les agents virulents, on espère du moins, par l'*antiseptie médicale*, arrêter momentanément leurs fonctions et leur pullulation, pour laisser à l'organisme le temps de les éliminer.

La méthode antiseptique, tant externe qu'interne, n'est pas la seule conséquence de la notion du microbe : la plus merveilleuse, déjà si féconde en résultats positifs, n'est-elle pas la découverte des virus atténués, des virus-vaccins! Grâce à des inoculations préventives, à des *vaccinations* pratiquées dans les conditions voulues et avec tout le soin nécessaire, on peut aujourd'hui mettre à l'abri d'un certain nombre de maladies des troupeaux entiers, qui étaient fatalement décimés, le jour où l'épidémie éclatait. Si les maladies parasitaires, qui ont jusqu'ici profité de cette admirable découverte, n'appartiennent pas à l'espèce humaine, c'est précisément parce qu'elles n'ont pu être étudiées que par la méthode expérimentale; mais nous verrons quelles déductions légitimes on est en droit de retirer de ces résultats pour la thérapeutique des maladies humaines et quels services importants sont appelés à rendre en médecine les virus-vaccins. Nous possédons aujourd'hui le vaccin du choléra des poules, du charbon et de la rage, et d'après les statistiques — qui ne pourront que devenir meilleures chaque année — la mortalité par le charbon des animaux vaccinés a été dix fois moindre que celle des animaux non vaccinés. Dans la fameuse expérience de Pouilly-

le Fort, relative à la maladie charbonneuse, et plus récemment à propos de la rage, en présence de la commission de l'Académie, M. Pasteur a pu prédire, en montrant deux lots d'animaux, les uns vaccinés, les autres non vaccinés, quels seraient ceux qui vivraient et ceux qui mourraient! Et sa prophétie s'est réalisée, et l'on a vu, les deux fois, les animaux vacinés, moutons ou chiens, rester debout au milieu des cadavres des autres! En présence de ces incomparables résultats, il n'est pas illogique d'admettre la réalisation de la découverte des vaccins des maladies virulentes et contagieuses, toujours si meurtrières, et de croire que la vaccination ou l'inoculation de ces virus-vaccins serait, en temps d'épidémie, un immense bienfait. Comme le disait un vaillant champion des doctrines pastoriennes, M. Bouley (1) : « Est-ce que pendant la guerre de Crimée, alors que nos troupes, massées dans la Dobrutscha, étaient décimées par le choléra, si nos médecins militaires avaient eu en leur possession le vaccin du choléra, ils n'eussent pas été heureux de vacciner nos malheureux soldats et d'en conserver un sur dix pour la défense de la patrie? Est-ce que, au Sénégal, pendant la dernière épidémie de fièvre jaune, qui a fait périr vingt-trois médecins sur vingt-cinq, si l'on avait eu le vaccin de la fièvre jaune (2), de précieuses existences n'eussent pas été conservées, grâce à la vaccination, dans le corps si honorable et si dévoué de nos médecins de marine? En supposant que le vaccin de la rage soit enfin trouvé, est-ce que ce ne serait pas le devoir d'une administration intelligente de faire vacciner tous les chiens, afin de prévenir l'explosion de la maladie chez le chien et sa contagion à l'homme? Et la syphilis, si le vaccin de cette maladie était découvert, n'appartiendrait-il pas à une administration avisée d'obliger les prêtresses de Cytbère à subir l'opération de la vaccination, dans le but de préserver les pèlerins des dangers du voyage à l'Ile fortunée? » Nons n'insisterons pas plus longtemps, et nous ne répondrons pas à l'objection peu sérieuse des dangers de l'inoculation des vaccins de toutes les maladies contagieuses, non seulement de celles qui sont propres à l'espèce humaine, mais encore de celles qui sont propres aux animaux; car il est certain qu'on ne conseille pas à tous les Parisiens de se farcir le corps de vaccins! Et s'il est bien inutile à un agent de change, à un notaire, à un avocat de s'inoculer le virus charbonneux, il n'en est pas de même pour un boucher ou un équarrisseur? Croyez-vous qu'il ne serait pas nécessaire de vacciner tout le personnel affecté au service des varioleux ou des diphthériques, dans les hôpitaux? Et pourtant, l'on ne devrait pas en conclure qu'il faille faire vacciner tout le personnel de l'Assistance publique! Sans vouloir préjuger aujourd'hui les modifications heureuses qu'apportera peut-être à la santé publique ce système de prophylaxie, il est impossible de n'être pas frappé de la grandeur de cette découverte; grâce à elle, le médecin peut s'emparer de l'élément mortel de la virulence ou de la contagion, le dompter, le domestiquer pour ainsi dire, et finalement le transformer en un agent inoffensif et même bienfaisant, tel qu'inoculé à l'organisme, il lui confère l'immunité contre la maladie mortelle dont il est à la fois la cause et le produit.

Parmi les maladies parasitaires, les unes, microbiennes proprement dites, sont dues à la présence d'un microbe bien défini; les autres dépendent d'un micro-organisme vivant, mais non encore parfaitement spécifié. Si le nombre des maladies réellement parasitaires n'est pas encore très grand, il tend à s'accroître de jour en jour, et déjà certaines maladies contagieuses ou virulentes, comme la morve et la tuberculose, rentrent aujourd'hui dans la classe des maladies microbiennes. Nous essaierons de tracer, dans un résumé aussi fidèle qu'impartial, l'état de nos connaissances sur trois affections parasitaires, qui sont appelées à bénéficier peut-être prochainement de la grande découverte de l'atténuation des virus : nous avons nommé la tuberculose, la rage et le choléra, trois maladies dont les ravages sont si terribles qu'en dehors de la question d'actualité elles sont toujours une question de haut intérêt scientifique. Leur caractère commun est la prolifération, la multiplication à l'intérieur de l'économie d'éléments vivaces, dont le développement est en rapport avec la forme et l'intensité de la maladie, et, à ce titre, ces trois affections paraissent devoir être renfermées dans le même cadre nosologique. Mais la première seule possède un microbe bien défini; la seconde en possède un dont le siège est constant, mais dont l'isolement n'a pas encore pu être fait; quant à la troisième, nous verrons que le rôle pathogène du bacille virgule est, malgré les assertions de M. Koch, encore problématique.

(A. suivre.)

(1) Disc. à l'Académie de médecine. — Séance du 3 avril 1883.

(2) M. de Lacerda et M. Domingo Freire, médecin brésilien, ont récemment décrit le microbe de la fièvre jaune; mais comme ils ont trouvé chacun un microbe différent, on ignore lequel est le vrai. Le problème reste donc encore à résoudre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Nouveau moyen de dilatation permanente de la matrice.

M. le professeur Vulliet a fait le 7 octobre dernier, sur ce nouveau moyen de dilatation, à la Société médicale de Genève, une communication fort intéressante que nous reproduisons d'après le compte rendu de cette Société publié par la Revue médicale de la Suisse romande :

Le procédé dont il s'agit a été employé en ville depuis environ une année par M. Vulliet, qui l'a mis également en pratique depuis trois mois à la Maternité de Genève. Il permet de voir tout l'intérieur de l'utérus admirablement bien, et M. Vulliet a pu étudier la cavité utérine même pendant la menstruation, et voir de quelle façon se faisait l'hémorrhagie; faire de la cavité utérine des photographies ainsi que des moulages intéressants, dont il montre plusieurs spécimens à la Société.

Pour procéder à la dilatation de l'utérus, il faut d'abord mettre la femme dans la position génu-pectorale, le siège très relevé, le périnée et la paroi postérieure du vagin relevés autant que possible avec une valve du côté de l'anus. Puis l'on commence la dilatation de la matrice en introduisant d'abord soit des sondes urétrales, soit des bougies, de grosseur variable, suivant l'étroitesse du canal utérin et suivant la résistance de l'organe. A l'introduction de ces instruments succède celle de petits tampons d'ouate iodoformée, dont on augmente graduellement le nombre, et qu'on laisse ordinairement en place 48 heures. Quelquefois, pour activer et régulariser la dilatation, M. Vulliet s'est servi de tiges de laminaria; il ne les laisse pas plus de 24 heures et applique immédiatement après un tamponnement iodoformé, pour annihiler les germes que la laminaria aurait pu introduire.

En procédant ainsi d'une façon régulière on arrive, au bout d'un temps qui varie de 9 à 10 jours jusqu'à 5 semaines suivant les malades, à obtenir une dilation complète de la matrice, ce qui permet d'étudier parfaitement toute la surface interne de l'utérus. Dans les treize cas où M. Vulliet a appliqué sa méthode, il a toujours remarqué que les tampons étaient supportés sans inconvénient, à part quelques coliques utérines assez légères survenues pendant les premiers jours. Si on laisse l'utérus revenir sur lui-même et que l'on veuille ensuite faire une seconde dilatation, on l'obtient beaucoup plus rapidement que la première.

M. Vulliet a employé sa méthode surtout chez des malades affectées de cancer utérin et quelquefois dans des cas de fibro-myomes. Dans les cas de cancers utérins, une fois l'utérus complètement dilaté, il peut ainsi appliquer facilement des substances diverses sur l'étendue du cancer ou traiter le néoplasme de la façon qui lui semble la plus propice; d'après M. Vulliet, la présence des tampons produirait également une action hyperplasique très favorable sur le tissu utérin, ce qui aide à combattre le néoplasme. M. Vulliet a ainsi obtenu plusieurs résultats remarquables.

Après sa communication, M. Vulliet démontre sa méthode et les résultats qu'il a obtenus sur deux malades, qui toutes deux étaient atteints de cancer utérin. Sur la première, qui est encore en traitement, on voit très bien la surface interne de la matrice, et sur la seconde on peut voir qu'à la suite du traitement, il s'est produit une atrophie de l'utérus.

BIBLIOGRAPHIE

LES MICROBES PATHOGÈNES, par le docteur ARTIGALAS.

Cette première série de leçons professées par le docteur Artigalas, à la Faculté de Bordeaux, prouve, s'il en était besoin, l'entraînement auquel cèdent de toutes parts les médecins. A peine MM. Cornil et Babès venaient-ils de livrer à la publicité leur livre sur les *Bactéries*, que voici venir un traité des *Microbes*. Sans vouloir répéter le *bis repetita placent*, il est permis de penser que cette publication n'était pas absolument urgente, et sa lecture démontre le bien fondé de notre assertion, car il ne s'en dégage aucun fait nouveau, y compris les recherches personnelles de l'auteur sur le parasite pathogène de la pneumonie.

Les 260 pages que nous analysons brièvement sont consacrées à l'étude du bacille de Koch et des différents coccus de Friedländer, Talamon, etc. Le lecteur pourra juger si de tels développements étaient nécessaires, après les leçons de G. Sée, Debove sur la tuberculose, et les mémoires nombreux sur la pneumonie; à notre avis, nous répétons qu'il y a, dans ce luxe d'écrits, la marque d'un engouement irréfléchi et d'un travail superflu. Aussi, pour relever ce qu'aurait eu d'un peu banal cette revue des travaux les plus récents, M. Artigalas nous donne-t-il, dès le début de ses leçons, un aperçu — et combien rapide — de la maladie de Rivolta; à ce point de vue, le travail de Firket, paru l'an dernier dans la REVUE DE MÉDECINE, nous paraît d'une lecture autrement fructueuse. La leçon sur l'actinomycose n'est d'ailleurs qu'une façon de préface au livre de M. Artigalas qui, par ses généralités sur les *microbes*, la *technique microbienne*, les *procédés de culture* et *d'inoculation*, prépare ainsi le lecteur aux études sur la tuberculose et la pneumonie, qui sont la substance même du traité.

Nous ne dirons rien de l'*Essai de thérapeutique microbienne générale*, qui, pour l'instant, nous paraît appartenir tout entier au domaine de l'hypothèse; hypothèse séduisante à la vérité, mais qui n'a pas reçu encore la plus petite application pratique. C'est en vain que le docteur Artigalas nous donne une sorte de nomenclature des *équivalents thérapeutiques*, la médecine n'est pas entrée dans une voie assez mathématique pour qu'on puisse résoudre toutes les inconnues dont elle fourmille, comme de simples formules algébriques; ces considérations entraînantes n'ont donc à nos yeux que le mérite de fournir prétexte à de belles déductions marquées au coin de la meilleure science, mais ayant un défaut irrémédiable, qui est, de n'être, encore un coup, que des hypothèses.

Je ne m'arrêterai pas à analyser les leçons sur le bacille de la tuberculose. M. Artigalas a résumé assez heureusement les notions actuelles les plus récentes, nous donnant encore et toujours la technique pour la recherche du bacille.

La leçon intitulée : *Scrofulose et tuberculose* ne laisse pas que de donner à l'esprit un certain malaise, car aucune opinion personnelle ne s'en dégage; nous y trouvons bien une critique assez vive des théories diverses, en même temps que l'oubli de travaux intéressants, comme celui de Brissaud; mais, quant à saisir les liens qui existent entre les deux affections, cela nous paraît impossible à déduire de la lecture de ces pages.

Les dernières leçons sur la pneumonie sont, à notre avis, les meilleures du livre, non pas qu'elles soient convaincantes, mais parce qu'elles témoignent de la familiarité de l'auteur avec son sujet. Signalons incidemment la très alerte critique adressée au travail de Talamon en ce qui concerne la technique suivie par cet auteur dans ses recherches sur le coccus lancéolé. M. Artigalas publie le résultat de ses travaux faits en collaboration avec le docteur Rivals, qui l'amènent aux conclusions suivantes :

1o La pneumonie est constamment produite par une bactérie qui, à l'état adulte, est un bâtonnet long de 1 à 4 μ, large de 3/4 de μ, etc.

2o La bactérie pneumonique a pour action une diapédèse abondante de globules blancs et rouges, une précipitation extraordinaire et une coagulation énergique de la matière fibrinogène.

3o La bactérie passe par les stades de développement suivants : *coccus, zooglée, bâtonnet, bâtonnet à spores.*

4o La bactérie se trouve dans le *sang d'abord* et apparaît dans le poumon après.

5o La bactérie pneumonique peut être observée dans le cœur, le cerveau, le rein, lorsque sa pullulation est très abondante.

6o Il y a probablement un rapport entre la gravité de la maladie et la forme de la bactérie.

Beaucoup des conclusions précitées sembleront hâtives, ainsi que l'entrain avec lequel l'auteur n'hésite pas à qualifier de pneumonie la maladie d'un rat dont le sang « fourmillait de bâtonnets et de coccus et dont les poumons *étaient presque complètement sains* » (p. 241).

Que deviennent alors ces fameuses « décharges bactériennes », accompagnement obligé, nous dit l'auteur, de l'encombrement sanguin par le parasite? Elles ne nous paraissent avoir que la valeur d'un mot pittoresque, et, si nous ne crai-

gnions de rééditer la boutade de Baümler, ne pourrions-nous pas demander si « le jardinier glissant dans le puits » n'y a pas reçu une décharge bactérienne?

Au résumé, les leçons du docteur Artigalas auront été certainement utiles à ses auditeurs bordelais en ce qu'elles les auront initiés aux découvertes récentes de la bactériologie, mais nous craignons qu'en se déplaçant les *Microbes pathogènes* ne viennent se heurter et se meurtrir un peu à leur puissant voisin les *Bactéries*.

JUHEL-RÉNOY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

JAHRESBERICHT ÜBER DIE FORTSCHRITTE DER PHARMACOTHERAPIE. EIN NACHSCHALGEBUCH FÜR LEHRER DER MEDICINISCHEN WISSENSCHAFTEN, AERZTE UND APOTHEKER. HERAUSGEGEBEN, von docteur EDUARD RUDOLF KABERT. Un volume in-8 de 515 pages. Strasshurg, 1885. — Karl J. Trübner.

Voici une revue bibliographique et analytique qui manquait à la médecine. Et la tâche n'était pas facile, devant la masse des matériaux à fouiller pour en extraire ce qui concerne la thérapeutique. Le premier volume, qui comprend l'année 1884 et dont le dernier fascicule vient de paraître, contient 1,867 indications et analyses; et l'éditeur annonce que les travaux ont été si nombreux qu'on a dû faire un choix et laisser de côté une notable quantité d'indications d'une valeur secondaire.

Voici le plan du nouveau Jahresbericht : 1° Traités généraux ; 2° poisons nerveux et musculaires, comprenant trente groupes de médicaments, parmi lesquels : les groupes des strychnines, des alcools, des camphres, des tropéines, des pilocarpines, des conines, des digitalines, des ergots, des aconitines, des antipyrines, des quinines, etc., etc.; 3° moyens qui, par leur propriété moléculaire, déterminent des modifications particulières sur le lieu même de leur action. Cette série se subdivise en dix groupes : groupe des aromatiques et des amers, des tanniques, des térébenthines, des purgatifs, des vermifuges, des carboliques, des acides, etc.; 4° les métaux lourds envisagés comme caustiques, comme poisons nerveux et musculaires.

Ce plan est peut-être discutable au point de vue scientifique, mais, en tout cas, il répond au but que se propose l'éditeur, en ce sens qu'il rend les recherches très faciles. Le nouveau Jahresbericht est certainement appelé à un réel succès.

FINKLER ET PRIOR. — FORSCHUNGEN ÜBER CHOLERABAKTERIEN. Un volume grand in-8 avec 7 tables en chromolithographie et 8 gravures sur bois. (Extrait du CENTRALBLATT FÜR DIE ALLGEMEINE GESUNDHEITSPFLEGE. — Bonn, Emil Straus, 1885.)

L'éloge de ce remarquable mémoire n'est plus à faire. Il est à lire tout entier et constitue le meilleur traité que nous possédions sur la bactériologie comparée du choléra nostras et du choléra asiatique.

UEBER DEN BELEUCHTUNGSWERTH DER LAMPENGLOCKEN. — UNTERSUCHUNGEN VON HERMANN LUDWIG COHN. Une brochure in-8 avec 1 planche lithogr. et 3 fig. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Travail très soigné, utile à consulter pour tous ceux qui s'occupent de l'éclairage dans les écoles au point de vue de l'hygiène visuelle.

RIECHEN UND GERUCHSORGAN. EINE POPULÆRE VORLESUNG GEHALTEN ZU. FREIBURG UND CARLSRUHE IM FRÜHJAHR, 1885, par W. HACK. Une brochure in-8 avec 5 figures. — J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1885.

Comme depuis quelques années on s'occupe particulièrement des maladies du nez, W. Hack a voulu résumer clairement les principales notions physiologiques qui ressortissent à l'olfaction et à son mécanisme. Sa conférence, courte, mais précise, constitue un excellent travail de vulgarisation que les médecins eux-mêmes auront intérêt à relire.

ALBERT ROBIN.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DES DENTS, par M. le docteur GALIPPE.

Jusqu'à l'époque actuelle, on avait soupçonné plutôt que démontré les rapports physiologiques existant entre l'économie et le système dentaire. Dans son travail, M. le docteur Galippe a fixé ce point intéressant par une série de preuves tirées à la fois de la physique, de la chimie et de la clinique. Se basant sur le fait démontré par lui que la densité d'une dent traduit exactement la somme des résistances qu'elle peut offrir aux causes de destruction, en raison de sa richesse en éléments minéraux, il a étudié la variation de ce coefficient de résistance dans les dents humaines, suivant qu'elles occupent le maxillaire inférieur ou le supérieur, qu'elles appartiennent au côté gauche ou au côté droit. Il a montré que la fréquence de la carie dentaire était sous la dépendance de ces variations et qu'elles concordaient exactement avec un abaissement dans la proportion des éléments minéraux. Elargissant le cadre de ses recherches, M. le docteur Galippe a étudié l'influence du sexe sur le coefficient de résistance des dents et sur la fréquence de la carie dentaire, et il a pu conclure que, d'une façon générale, la densité des dents de la femme est inférieure à celle de l'homme et qu'en raison de ce fait celle-ci était plus exposée à la carie. Dans un chapitre spécial, M. Galippe a exposé les rapports existant entre la composition chimique et la nutrition des systèmes osseux et dentaire, et il a démontré que toutes les causes agissant sur la nutrition ou mieux sur la composition des os retentissaient également sur la nutrition et sur la composition du système dentaire.

Ce travail eût été certainement incomplet si la composition chimique de la dent n'avait pas été établie par des méthodes rigoureuses. M. Galippe a montré, entre autres résultats, que les dents de lait renfermaient plus de matières organiques et moins de matieres minérales que les dents permanentes et qu'elles contenaient en outre plus de carbonate de chaux et de magnésie; c'est ce qui explique pourquoi elles sont plus vulnérables que les dents permanentes. M. le docteur Galippe a également étudié différents éléments entrant dans la composition des dents, tels que le fer, la silice, le fluor. L'auteur conclut que ce qui domine dans la pathologie de la dent, c'est la notion du terrain, c'est-à-dire de la dent elle-même envisagée au point de vue de la constitution chimique et physique. Cette constitution est liée à l'évolution de l'individu, à sa nutrition, ainsi qu'aux modifications que lui font subir les états pathologiques acquis ou transmis.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

Influence de la nutrition sur l'issue des maladies. — La dénutrition est souvent la cause, et toujours la conséquence des désordres de l'économie; elle survient dans les conditions les plus opposées en apparence : les forces du tube digestif sont mises en péril par une nourriture insuffisante en quantité ou en qualité, et par une existence sédentaire; une vie trop active, une croissance rapide, une dépense nerveuse exagérée les compromettent également et empêchent souvent la recette de s'élever à la hauteur de la dépense.

Parfois aussi, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pleurésie, la bronchite, la fièvre thyphoïde, la diarrhée, commencent la dilapidation des forces, la dénutrition devient alors effet et cause; l'appétit, ce précieux auxiliaire, nous abandonne; l'anorexie et l'intolérance de l'estomac deviennent quelquefois invincibles.

L'entité morbide peut disparaître, mais trop souvent la place est envahie par la phthisie qui trouve le sol bien préparé à la recevoir.

La dénutrition enferme l'économie dans un cercle vicieux; elle apparaît lorsque les forces physiques sont prodiguées ou mises en péril par la maladie; elle continue son œuvre par la ruine des fonctions digestives, et elle achemine sans secousse l'organisme tout entier vers la banqueroute.

L'observation suivante vient à l'appui de cette thèse :

La dame N..., âgée de soixante-dix ans, n'avait jamais eu d'accident diathésique, mais sa constitution s'altéra profondément sous l'influence de l'âge et de chagrins de famille; elle perdit l'appétit, une rougeur de mauvaise nature apparut sur la jambe gauche, dont le tiers supérieur fut bientôt envahi par la gangrène qui gagna successivement toute la peau, de la rotule aux malléoles, la partie postérieure de la jambe échappa seule. Les tissus profonds se mortifièrent, et bientôt commença l'élimination graduelle des aponévroses et du tissu cellulaire—on recourut même à l'intervention chirurgicale, pour faciliter leur élimination. L'intolérance complète de l'estomac vint compliquer cet état déjà bien grave.

L'âge de la malade, l'étendue de la plaie, l'altération profonde des tissus mortifiés, laissaient bien peu d'espoir; cependant, je ne renonçai pas à la lutte et je songeai à fournir à l'organisme les éléments indispensables qui lui permissent de résister à un processus si lent et si grave. La tâche n'était pas facile; la faiblesse était grande, l'anorexie complète : la malade ne supportait qu'un peu de vin sucré. J'essayai les poudres de viande dans du tapioca; elles furent rejetées. Je pensai à la peptone : la malade déclara qu'elle ne voulait plus rien prendre. C'est alors que j'eus l'idée de substituer au vin, qu'elle acceptait encore, le vin Defresne. Pendant plus d'un mois, elle prit chaque jour 200 grammes de vin de peptone en quatre fois. Elle absorbait ainsi par jour, selon M. Defresne, 100 grammes de viande, 32 grammes de sucre et 32 grammes d'alcool.

Le résultat dépassa mes espérances : la plaie s'amenda; elle était pansée à l'eau alcoolique phéniquée. Le pus perdit son aspect grisâtre et devint blanc crémeux; les bourgeons charnus marchèrent régulièrement, de la circonférence au centre. Pendant ce temps, l'anorexie avait disparu; la malade acceptait volontiers un œuf à la coque, de la crème suorée, et enfin de la viande rôtie. Après trois mois de traitement, la cicatrisation était complète et tout danger avait disparu.

Chez ma malade, l'âge et la dépression morale avaient, on le voit, retenti sur la digestion, et diminué la nutrition générale; la cachexie s'était traduite par de la gangrène. L'anorexie complète, l'intolérance de l'estomac, rendaient impossible l'entretien de l'organisme épuisé encore par une suppuration de mauvaise nature et la mortification des tissus.

La peptone, quatre fois plus riche que le vin, en principes azotés et en phosphates, était indiquée; mais, devant la volonté de la malade, nous usâmes de subterfuge, et, à l'aide du vin de peptone Defresne, nous nous rendîmes maître du symptôme le plus grave : la dénutrition. (Gazette des hôpitaux.)

NOTES & INFORMATIONS

Ouverture du cours de pathologie interne. — Devant un auditoire nombreux et sympathique, M. le professeur Peter a ouvert son cours de pathologie médicale le samedi 14 novembre, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. L'enseignement de cette année comprend : les *maladies tuberculeuses*, — la *scrofule*, — la *goutte* et le *rhumatisme*.

Entrant de plein-pied dans le cœur du sujet, le professeur a exposé, en la critiquant, la révolution fondamentale que vient d'éprouver, de par la découverte de Koch, l'ancienne doctrine diathésique de la tuberculose. Il s'est élevé contre cette conception de la tuberculose, maladie parasitaire uniquement causée par un organisme morbifique venu du dehors.

M. Peter estime que le bacille de Koch est une trouvaille précieuse, une acquisition incomparable pour l'anatomie pathologique et le diagnostic des maladies tuberculeuses, qu'il en est, en un mot, le meilleur critérium. Mais de là à le proclamer l'élément causal, unique et nécessaire de la tuberculose, de là à poser l'équation : bacille de Koch = tuberculose, il y a un grand pas que M. le professenr Peter se refuse à franchir. Selon lui, si une parcelle de matière tuberculeuse engendre la tuberculose par inoculation, ce n'est pas parce qu'elle contient des bacilles, mais parce qu'elle provient d'un sujet tuberculeux. Il en est de même pour la syphilis, la rage; etc.

C'est donc à la théorie humorale du virus qu'il se rattache.

Arrivant aux belles expériences de M. Malassez sur la tuberculose zoogléique, M. Peter a souligné cette scission inattendue entre une variété parasitaire et une variété zoogléique d'un état morbide dont l'unité a été si bien et si justement démontrée par la clinique et l'histologie.

C'est encore à la clinique qu'il en appelle pour réformer le jugement en vertu duquel la scrofule se trouve identifiée à la tuberculose, elle que l'observation avait depuis si longtemps distinguée et séparée.

Ces considérations critiques, soutenues par une argumentation séduisante et souvent spirituelle, ont fait l'objet de cette leçon inaugurale, qui a été fort applaudie. A. D.

— Le choléra. — Le choléra fait encore des victimes sur divers points.

En France, deux départements situés aux extrémités opposées du pays, les Pyrénées-Orientales et le Finistère paient au fléau le plus large tribut; mais ce tribut est encore des plus légers et il y a lieu d'espérer que l'épidémie ne tardera pas à disparaître complètement.

En Algérie et en Tunisie elle est en décroissance. Il en est de même en Italie. En Espagne une légère recrudescence s'est manifestée dans les provinces du Nord.

Au Tonkin l'état sanitaire de nos troupes laisserait à désirer et, d'après des renseignements récemment publiés dans l'Union médicale, l'organisation du service de santé serait incomplète, défectueuse, peu en rapport avec la loi et les règlements.

— SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La deuxième conférence Broca aura lieu le jeudi 26 novembre, à quatre heures du soir, dans la salle des séances de la Société d'anthropologie.

M. S. Pozzi fera une lecture intitulée : *Les caractères distinctifs du cerveau de l'homme*. Cette conférence sera suivie de la lecture du rapport de M. Letourneau, au nom de la commission chargé de décerner le prix Godard.

Un banquet aura lieu le même jour, à sept heures du soir, Café Riche, 16, boulevard des Italiens.

— LE SINGE SYPHILITIQUE DE L'HÔPITAL DE LOURCINE. — Le singe auquel M. Martineau était parvenu, en 1882, à inoculer la syphilis, est mort la semaine dernière, asphyxié dans sa niche par la fumée d'un incendie.

M. Martineau ayant, en 1882, pratiqué trois inoculations sur la peau du fourreau de la verge de ce singe, vit apparaître, vingt-huit jours après l'inoculation, deux chancres infectants caractérisés par une érosion superficielle à fond lisse, uni, plutôt grisâtre que rougeâtre, à bords légèrement élevés, aplatis, non taillés à pic, non décollés. Ces érosions reposaient sur une base indurée.

La sérosité, qui avait servi à ces inoculations, avait été recueillie sur un chancre syphilitique induré d'une femme chez laquelle M. Martineau avait préalablement procédé à l'auto-inoculation, afin qu'il ne pût exister aucun doute sur la réalité du chancre syphilitique ; cette auto-inoculation avait été négative.

Les chancres du singe se sont cicatrisés en vingt-sept jours: l'adénite inguinale multiple apparut bientôt. Le cinquante-quatrième jour de l'inoculation, quatre syphilides papulo-érosives se sont développées sur le prépuce ; quelques jours plus tard, apparition de nouvelles syphilides papulo-érosives.

Depuis cette époque (1883), le singe avait encore présenté d'autres accidents syphilitiques.

Nous avons cru devoir rappeler ces expériences, parce que ce sont les premières qui aient réussi.

Auzias Turenne avait, en 1850, donné des résultats d'inoculations syphilitiques pratiquées sur le singe ; mais il s'était trompé sur la nature du chancre, qui n'était pas syphilitique, comme il est facile de s'en convaincre, en lisant les observations de l'auteur. A. M.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—Le nombre des candidats inscrits pour le concours de l'agrégation (section de médecine, pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le mercredi 1er décembre 1885, sont au nombre de vingt trois.

Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Ballet, Barth, Balzer, De Beurmann, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Chauffard, Cuffer, Déjerine, Dreyfus, Dubreuilh, Faisans, Gaucher, Grenier, Juhel-Renoy, Launois, Letulle, Merklen, Moussous, Netter et Siredey.

Le jury dudit concours se composera de MM. Hardy, président; Potain, Charcot, Damaschino et Bouchard, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Straus, agrégé à ladite Faculté; Henri Roger, membre de l'Académie de médecine; Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy, juges titulaires;

Et de MM. Hayem, Cornil et Laboulbène, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Debove, agrégé à ladite Faculté, juges suppléants.

— La chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont nommés : M. le professeur Layet, premier assesseur ; M. le professeur Coyne, second assesseur.

MM. les professeurs Oré, Masse et Guillaud sont nommés membres de la commission scolaire.

MM. Viéron et Rochon-Duvigneau sont nommés aides d'anatomie.

Le prix Guichard est décerné à M. le docteur Princeteau.

Le prix de thèse est décerné à M. Bernard ; des médailles d'argent sont accordées à MM. Phélippot et Chasseriaud ; enfin des médailles de bronze sont accordées à MM. Denigès, Moussons (A.), Salvat, Lantier, Dufourcq et Loumeau.

Le prix Gintrac est accordé à M. le docteur Bergonnier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Benoît, professeur d'anatomie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours par M. Jacquemet, agrégé.

M. Bimar, agrégé, est nommé, en outre, conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Grynfeldt, appelé à d'autres fonctions.

***

L'Académie des inscriptions et belles-lettres a décerné vendredi, 13 novembre 1885, dans sa séance publique annuelle, une mention honorable à M. le docteur Le Paulmier, pour son livre intitulé : *Ambroise Paré, d'après de nouveaux documents découverts aux Archives nationales, et des papiers de famille.*

***

Le nombre des exemplaires de thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit, pour la durée de l'année scolaire 1885-1886 :

Faculté de médecine de Paris, 164 exemplaires. — Facultés de médecine des départements, 129 exemplaires. — Écoles supérieures de pharmacie, 104 exemplaires.

***

Par arrêté préfectoral, en date du 3 novembre 1885, M. le docteur Josias (Alfred) a été nommé inspecteur du service de la vérification des décès pour la septième circonscription (XIIe et XXe arrondissements) de Paris.

***

COLLÈGE DE FRANCE.—M. Schutzenberger (Paul) est nommé préparateur de la chaire de chimie minérale, en remplacement de M. Vienne, démissionnaire.

***

CONFÉRENCES CLINIQUES. — M. le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques, rue du Cherche-Midi, 55, lundi 16 novembre, à trois heures, et les continuera les jeudis et les lundis suivants. — Lundi, diagnostic des affections externes et opérations. — Jeudi, maladies du fond de l'œil, ophthalmoscopie et opérations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

219. M. Rouillon. De la réfrigération par le chlorure de méthyle. — 220. M. Peut. Étude sur les kystes hématiques du corps thyroïde. — 221. M. Chevy. De l'acide fluorhydrique et de son emploi en thérapeutique. — 222. M. Pengniez. De l'hystérie chez les enfants. — 223. M. Gascard. La syphilis placentaire. — 224.

M. Saint-Agnès. Contribution à l'étude de l'étiologie de la luxation dans la coxalgie. — 225. M. Riboul. Contribution à l'étude du traitement du tétanos. — 236. M. Béraud. De l'occlusion intestinale. — 227. M. Arnaud. De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique. — 228. M. Genestoux. Contribution à l'étude de l'urémie expérimentale. — 229. M. Martinelli. De la pleurésie interlobaire aiguë. — 230. M. Cornet. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère pulmonaire. — 231. M. Rabion. Recueil d'observations de souffle extra-cardiaque.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 8 AU SAMEDI 14 NOVEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 14. — Variole 4. — Rougeole 17. — Scarlatine 5. — Coqueluche 6. — Dipthérie, croup 22. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 1. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 34. — Phthisie pulmonaire 161. — Autres tuberculoses 27. — Autres affections générales 57 — Malformation et débilité des âges extrêmes 40. — Bronchite aiguë 26 — Pneumonie 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 28. — au sein et mixte 13. — Inconnu 3. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 91. — de l'appareil circulatoire 61. — de l'appareil respiratoire 57. — de l'appareil digestif 44 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 10. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 33. — Causes non classées 8. — Total de la semaine : 860 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Nature et traitement de la chorée, par M. Th. Saric. Brochure in-8 de 65 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie du « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Les champignons supérieurs. Physiologie, organographie, classification, avec un vocabulaire des termes techniques, par L. Forquignon, professeur à la Faculté des sciences de Dijon. Un vol. in-18 cartonné diamant avec 105 figures. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Recherches sur le développement des organes génitaux. — De quelques gastéropodes hermaphrodites, par H. Rouzaud, docteur ès sciences. Un vol. in-18 de 145 pages, avec 8 planches chromo-lithographiques hors texte. — Prix : 8 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds, par le docteur E. Maurel, médecin de première classe de la marine. Grand in-8 de 120 pages, avec 20 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Etudes thérapeutiques sur l'antipyrine, par le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse, par le docteur Gingeot, médecin des hôpitaux. Un vol. in-8 de 50 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart, Paris.

56e année. 7e série. Tome II — No 48 — 28 NOVEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, conférence par le docteur JULES SIMON.

Suite. — Voir les numéros 45, 46 et 47.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Les adénopathies bronchiques affectent nécessairement une marche aiguë ou chronique, puisqu'elles dépendent de lésions rapides ou lentes des organes thoraciques. C'est ainsi que vous verrez certaines bronchites quinteuses, la bronchite de la rougeole et celle qui complique accidentellement la coqueluche, saisir les ganglions d'un développement aussi prompt que la maladie causale. Il se passe dans la cage thoracique ce qui se passe sur les parties latérales du cou dane les angines. L'inflammation de la muqueuse amygdalienne ou pharyngée donne naissance à une adénite parfois légère, souvent assez volumineuse, et qui se dissipe avec plus ou moins de facilité, suivant l'intensité ou la nature de l'angine, suivant anesi, j'ai hâte de l'ajouter, les conditions idiosyncrasiques du sujet. Il n'est pas rare cependant que l'état chronique succède à ces poussées aiguës.

D'autres fois, c'est d'emblée que l'adénopathie simple prend cette allure. Cette adénopathie chronique peut durer un temps indéfini, ou se résoudre, ou devenir un terrain favorable au développement de la tuberculose. Voilà donc une série d'états pathologiques appartenant à la congestion, l'inflammation, l'hypertrophie des ganglions intra-thoraciques qui peuvent se résumer en ces mots :

1o Adénopathie simple, aiguë, curable en peu de temps ;

2o Adénopathie simple, chronique, soit d'emblée, soit en succédant à la première ;

3o Cette adénopathie chronique peut encore se résoudre (et c'est là un des chapitres les plus intéressants de son histoire), ou persister sous forme de glandes hypertrophiées pendant un temps indéfini ;

4o Enfin l'une et l'autre ne sont quelquefois que la période initiale de la tuberculose ganglionnaire ;

5o Cette dernière est naturellement irrémédiable.

Ces diverses adénopathies ne suivent jamais une marche régulière. Qu'elles soient aiguës ou chroniques, vous constaterez chez les enfants tantôt des signes fonctionnels très accusés, passagers, durant peu de temps, quatre à cinq jours, tantôt de véritables accès d'oppression de quelques heures seulement. Il suffit parfois d'une variation d'humidité ou de température pour produire ces faits étranges. Une bronchite qui s'exaspère ne présente pas de ces transformations subites, autant au moins; quand il s'en produit, on trouve une relation entre les signes anormaux de l'auscultation et les signes fonctionnels. S'il existe une toux hystérique, des accès d'asthme, des dyspnées cardio-pulmonaires, des quintes de coqueluche, vous devez mettre ces symptômes irréguliers, et parfois effrayants, sur le compte de poussées congestives vers les

FEUILLETON

Sur la géographie médicale (1)

(A PROPOS DE QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS.)

V

Après avoir rendu compte des travaux d'ensemble de M. Bordier et de M. Poincaré sur la géographie médicale, il nous reste à signaler un certain nombre d'études à horizon plus restreint qui sont venues à notre connaissance. Nous allons les passer successivement et rapidement en revue.

I. — Et d'abord citons les recherches de M. le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine française, sur les *Maladies des Européens aux Antilles françaises* et spécialement à la Martinique (1). M. Bérenger-Féraud n'en est pas d'ailleurs à ses débuts en fait de pathologie exotique. Il a eu le mérite non seulement de faire par lui-même un bon nombre de travaux originaux, mais encore grâce à sa situation, stimuler le zèle de jeunes observateurs, placés plus ou moins directement sous ses ordres, pour arriver à publier des volumes, riches en documents, sur les maladies des Européens au Sénégal, à la Guyane, sur la fièvre jaune, sur la fièvre bilieuse, inflammatoire, sur la fièvre bilieuse mélanurique, etc., etc.

Ces travaux ont une importance plus étendue que celle qu'ils tirent de leur intérêt propre. Ils constituent un exemple excellent et des plus dignes d'éloges. En attendant que par les progrès de la science la pathologie arrive à être constituée en science complète, en attendant que la pathologie exotique, aussi bien que la pathologie professionnelle, vienne se fusionner dans un corps de doctrine unique, il est bon que des chercheurs et des savants sachent faire profiter la science des résultats de leurs propres investigations et encourager en même temps l'activité des jeunes

(1) Voir GAZETTE MÉDICALE, année 1884, nos 35, 39 et 40, et les nos 8 et 25 de l'année 1885.

(1) Deux volumes in-8°. Paris, O. Doin, éditeur.

ganglions et leur atmosphère celluleuse, et les plexus cardio-pulmonaires au milieu desquels ils se trouvent plongés.

Diagnostic. — L'adénopathie bronchique envisagée au point de vue général présente des caractères communs à un grand nombre d'affections des voies respiratoires.

C'est ce qui en rend si épineux le diagnostic différentiel avec les *bronchites chroniques*, l'*emphysème pulmonaire*, l'*asthme*, la *coqueluche*, la *phtisie chronique*, le *croup*, le *faux croup* et les *polypes du larynx*.

D'ailleurs, ces divers états pathologiques s'accompagnent ordinairement d'engorgement trachéo-bronchique, et toute la question repose donc sur l'importance qu'ils prennent dans le tableau des symptômes et la manière de les reconnaître.

Rien n'est moins surprenant que la confusion possible entre l'adénopathie et les premières maladies que je viens d'énumérer. Elles donnent lieu, en effet, à des signes fonctionnels (toux persistante, quinteuse, coqueluchoïde; accès d'oppression, de dyspnée) qu'on retrouve dans l'histoire des adénopathies trachéo-bronchiques.

Mais l'erreur qui consiste à confondre l'adénopathie bronchique avec le croup, le faux croup et les polypes du larynx, dépasse dans votre esprit toutes les bornes, toutes les suppositions imaginables. Eh bien! malgré leur différence de nature, de siège, ces affections peuvent toutes produire du sifflement laryngo-trachéal, du cornage, de l'asphyxie. Il est des circonstances où les nerfs récurrents sont lésés par l'adénopathie trachéo-bronchique, où les spasmes glottiques du faux croup s'accompagnent de boursouflement considérable de la muqueuse laryngée, où le croup est asphyxique, primitif, avec une fausse membrane rapidement développée avant l'intoxication générale, conditions spéciales qui rapprochent les troubles fonctionnels de ces trois maladies; quant aux polypes du larynx, ils sont tellement rares que l'attention ne se porte pas immédiatement de ce côté. C'est ce qui m'est arrivé le 1er décembre 1883, à ma consultation d'hôpital : je pris pour une adénopathie bronchique un énorme papillome du larynx. Voici, du reste, l'observation abrégée de ce cas intéressant :

Une fillette, âgée de 6 ans, nous est présentée atteinte d'aphonie et d'un sifflement laryngo-trachéal, tout à fait analogue à celui du croup. Il nous semblait, *a priori*, que l'obstacle à la respiration devait se rencontrer dans le larynx. Mais l'enfant ne portait pas de fausse membrane dans le pharynx, et les renseignements des parents ne confirmaient point l'idée d'une diphtérie laryngée, car, disaient-ils, la dyspnée, le bruit laryngé, remontaient à plus de trois semaines, et l'altération de la voix à trois ans; il fallait donc abandonner cette opinion première.

L'examen minutieux de la poitrine me révéla une respiration très soufflante au niveau de la bronche droite, sans altération de la région sus-épineuse, et je me crus autorisé à porter le diagnostic probable d'adénopathie bronchique. J'ai soin d'ajouter, toutefois, que ce diagnostic avait besoin d'être soumis au contrôle du laryngoscope, opération que je ne pouvais aisément pratiquer au pied levé à une consultation.

La petite malade entra à l'hôpital, où elle fut prise de tels accès de suffocation que l'interne de garde, non instruit comme nous l'étions de l'évolution ancienne des accidents, ne considérant que l'asphyxie laryngée, la fit transporter dans le pavillon de la diphtérie comme atteinte de croup. Mon ami et collègue Labric, qui dirigeait à ce moment les pavillons d'isolement, redresse cette erreur d'interprétation et porte définitivement le diagnostic d'asphyxie par obstacle laryngé, mais non diphtéritique. L'examen laryngoscopique ne put être pratiqué le jour même.

Le lendemain et le surlendemain, l'enfant est prise de fièvre, de broncho-pneumonie, et succombe cinq jours après son entrée dans les salles.

A l'autopsie, on rencontre dans le larynx :

1° De nombreux papillomes, les uns sessiles, les autres saillants, en forme de choux-fleurs.

Le plus gros se trouve sur la corde vocale inférieure gauche; en face, il en existe un moins important, mais encore assez saillant. Le premier a un centimètre de diamètre, irrégulier, crénelé à sa périphérie, pédiculisé à son centre qui est fortement inséré sur la muqueuse. Cette insertion a deux millimètres d'étendue; c'est un type de verrues, analogues à celles qui se rencontrent sur le cou et la poitrine.

Au-dessus de la corde vocale supérieure gauche existe une région de papillomes sessiles en voie de formation.

2° Une fausse membrane de trois centimètres, qui tapisse la trachée, évidemment gagnée dans les salles;

3° Les noyaux de la broncho-pneumonie situés à droite surtout. Un de ces points hépatisés est très élevé vers la bronche

---

médecins à la solution de problèmes que leurs fonctions soumettent forcément à leur esprit.

Après s'être occupé de la climatologie médicale de la Martinique au point de vue géographique, topographique, météorologique, ou de la statistique de la Martinique, M. Bérenger-Féraud, en citant une multitude d'observations à l'appui, aborde la pathologie de cette île, qu'il divise en fièvres amariles (embarras gastrique, fièvre bilieuse, fièvre jaune), maladies catarrhales (diarrhées et dysenteries, hépatite, affections thoraciques, angines, coqueluche, rhumatismes), maladies paludiques, maladies tropicales (gastralgie, coliques, anémie, tétanos), fièvres éruptives et typhoïdes, choléra, ictère, fièvre de Rufz, alcoolisme, nostalgie, maladies chirurgicales (piqûres de serpents, d'agouti, d'araignées matoutou, de chique, etc.)

Enfin M. Bérenger-Féraud consacre plus de cent pages à l'hygiène de la Martinique.

II et III. — M. le docteur Maurice Nielly, professeur d'hygiène à l'École de médecine de Brest, a publié deux volumes des plus intéressants. Le premier, intitulé : *Éléments de pathologie exotique* (1) traite successivement des diverses maladies infectieuses observées dans les pays chauds, des maladies des organes et des appareils, et enfin des animaux et des végétaux nuisibles.

Le second porte plus exactement le titre d'*Hygiène des Européens dans les pays intertropicaux* (2). Je dis plus exactement, car le précédent volume de M. Nielly, sous le nom de *Pathologie exotique*, ne s'est guère occupé que de la pathologie des pays chauds. Son second travail traite d'abord de la géographie torride, puis de l'action physiologique des climats intertropicaux, ensuite de leur action pathogénique. Une quatrième partie est consacrée à l'étude de l'acclimatement des Européens dans les climats partiels, et enfin le volume se termine par l'exposé de règles d'hygiène relatives à l'acclimatation. Dix-neuf cartes, d'ailleurs assez défectueuses, sont intercalées dans cet ouvrage.

IV. — Sous ce titre : *Traité des maladies paludéennes à la*

(1) Un vol. in-12 de 791 pages. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

(2) Un volume in-12 de 299 pages. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

droite; (peut-être était-il naissant au moment de mon examen à la consultation).

4° Quant aux ganglions, ils sont un peu congestionnés, mais ils n'offrent rien d'anormal.

Je m'étais donc trompé. Là où il existait des papillomes, j'ai cru reconnaître une adénopathie bronchique. Si l'enfant était entrée dans mes propres salles, j'aurais pu rectifier par l'examen laryngoscopique cette première opinion, et surtout ne pas l'exposer à la diphtérie et à la broncho-pneumonie, qui l'ont emportée.

Mon ami, le docteur Labric, me rapporte à cette occasion un fait aussi curieux.

Un enfant grandet fut amené à M. Labric, atteint de sifflement laryngo-trachéal et d'accès de suffocation. L'absence de diphtérie et l'existence de signes stéthoscopiques le décidèrent à porter le diagnostic d'adénopathie bronchique. Krishaber, consulté à son tour, examina le larynx avec le miroir et attribua l'asphyxie intermittente à l'existence d'un polype; il chercha sans succès à en faire l'extraction. Enfin, appelé à porter un secours immédiat dans un accès de suffocation des plus intenses, il pratiqua la trachéotomie, qui n'apporta aucun soulagement.

Un certain temps après, l'enfant fut très soulagé par l'expectoration de débris crustacés et caséeux, qu'il apporta à M. Labric. Il put voir son diagnostic confirmé : c'était des portions de ganglions ouverts dans les bronches.

Ici le laryngoscope n'avait pu trancher la question, et les signes fournis par l'examen de la poitrine avaient servi de meilleurs guides.

Je vous cite des *cas exceptionnels*, dans lesquels les conditions défectueuses d'examen ont embrouillé comme à plaisir toute la diagnose. J'espère maintenant vous démontrer qu'on peut arriver, dans l'immense majorité des cas, à une opinion précise et justifiée.

Procédons par ordre :

1° *Les bronchites chroniques*. — Par sa toux persistante et certains accès de suffocation la bronchite chronique peut faire songer à l'adénopathie bronchique, et cela avec d'autant plus de raison que cette complication est très fréquente chez les enfants, surtout après la coqueluche.

Vous vous assurerez du fait par l'exploration de la région inter-scapulaire. S'il existe des ganglions tuméfiés, vous constaterez à droite on à gauche des premières vertèbres dorsales du souffle plus ou moins intense, sans râles spéciaux ni craquements pouvant impliquer l'idée d'une induration pulmonaire. Quelquefois aussi, une légère submatité de la même région viendra corroborer ce diagnostic.

Dans le cas de bronchite chronique seule, sans notable adénopathie, vous ne trouverez pas de signes semblables, et les râles sibilants et sous-crépitants feront tous les frais de l'auscultation.

Enfin, dans l'adénopathie, il existe des quintes, des toux impérieuses, bruyantes et suffocantes, que la bronchique chronique ne peut provoquer.

2° *L'emphysème pulmonaire* donne lieu à de la toux quinteuse, de la dyspnée, des accès d'oppression; mais la percussion de la poitrine révèle en avant, en arrière, de la sonorité exagérée, et l'auscultation de la diminution du murmure respiratoire suivie d'une expiration longue, prolongée, avec des râles sibilants. Point de matité, point de souffle au niveau du hile, des poumons; et, comme signes fonctionnels, point de toux rauque, coqueluchoïde, de l'adénopathie.

Après la coqueluche, il est de règle de rencontrer les signes de l'emphysème et de la bronchite catarrhale réunis à ceux de l'adénopathie bronchique. L'enfant conserve le caractère et le rythme atténué de la toux coqueluchoïde et la poitrine, les râles de la bronchite, les signes de l'emphysème et les souffles de la région scapulo-vertébrale appartenant à l'adénopathie.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE

DU SULFATE DE SPARTÉINE COMME MÉDICAMENT DYNAMIQUE ET RÉGULATEUR DU CŒUR, par M. GERMAIN SÉE (1).

La spartéine, que Stenhouse découvrit en 1850, est un alcaloïde qui se trouve dans un genêt appelé *Spartium scoparium*. C'est un liquide dont la formule est $C^{30} H^{26} Az^2$. En raison de son amertume et de son insolubilité dans l'eau, il

(1) Note communiquée lundi dernier à l'Académie des sciences.

Guyane (1), un médecin distingué de la marine française a apporté une importante contribution à l'étude de la pathologie des pays chauds. La première partie du livre de M. E. Maurel, consacrée à l'étiologie de l'impaludisme, recherche les influences des pluies et des autres mouvements atmosphériques sur la production de la fièvre à accès, puis traite de l'influence des altitudes ou des mouvements de terrains neufs avant de s'occuper de l'influence individuelle ou de races.

La deuxième partie est consacrée à la description pathologique de l'impaludisme tant dans ses diverses formes fébriles que dans ses formes apyrétiques ou larvées.

V. — M. le docteur Orgeas, dans un important mémoire qui a obtenu en 1882 le prix de médecine navale, a étudié, au point de vue historique et démographique, la question de la possibilité de la colonisation de la Guyane par la transportation (2).

Et, s'appuyant sur des faits incontestables, sur des résultats de statistique sérieux et sur des observations personnelles on ne peut plus probantes, M. Orgeas arrive à cette conclusion fâcheuse peut-être, mais vraisemblable, que l'homme n'est pas fait pour être cosmopolite.

VI. — M. le docteur Dutrieux, membre et médecin de la première expédition de l'Association internationale africaine, a consacré sa thèse inaugurale (1) à esquisser la pathologie des Européens dans l'Afrique intertropicale. Dans la partie de l'Afrique orientale qui fait face à Zanzibar, et en se dirigeant vers le Tranganyka, M. Dutrieux signale spécialement l'anémie progressive essentielle, les fièvres palustres, la dyssenterie surtout redoutable, les affections du foie représentées le plus souvent par de l'hyperémie simple, conformément aux affirmations de M. Nielly.

M. Dutrieux a décrit une affection cutanée parasitaire duc au *founza ia ngômbé* (2) (littéralement ver du bœuf). « D'après les indigènes, ses œufs seraient introduits dans la peau de l'homme

(1) Un vol. in-8° de 212 pages. Paris, O. Doin, éditeur.
(2) Broch. in-8° de 123 pages. Paris, O. Doin, éditeur.

(1) Paris, in-4° de 136 pages, 1885.
(2) Page 60.

ne pouvait pas être employé en nature ; mais, à cause de son alcalinité très prononcée, il se combine avec tous les acides et forme, avec l'acide sulfurique en excès, un sel parfaitement soluble dans l'eau et cristallisable ; c'est ce sel qui a été expérimenté au point de vue de son action physiologique en 1863 par Milz, puis, dix ans plus tard, par Fick ; en 1880, de Rémond, élève de M. Vulpian, fit sous la direction de M. Bochefontaine, notre chef de laboratoire, des recherches nouvelles qui contredirent en partie celles de Fick. En 1883, je mentionnais la spartéine parmi les médicaments cardiaques. Enfin, dans ces derniers temps, les expériences furent reprises par M. Laborde qui voulut bien me faire part de l'action de cette substance sur le cœur à l'état sain.

Exposé des faits cliniques. — Après avoir expérimenté sur les animaux, après avoir recherché la dose active non toxique, j'arrivai à la formule thérapeutique pour les malades atteints de maladies du cœur.

Une solution aqueuse de 0,10 centigr. de sulfate de spartéine produit des effets remarquables sur le cœur, sans troubler en quoi que ce soit, ni la digestion, ni le système nerveux.

L'observation porte sur six malades, dont le pouls fut examiné à l'aide du sphymographe de Marey, avant l'administration du médicament, puis pendant plusieurs heures et les jours suivants.

Tous les tracés que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie indiquent les différences considérables qui résultèrent immédiatement de l'action du médicament ; ils ont tous été recueillis par le même élève dans des conditions identiques. Je passe sous silence huit observations aussi concluantes.

Deux femmes âgées étaient atteintes de la dégénération cardiaque fibreuse et atrophique la plus avancée, avec oppression permanente, débilité générale, et surtout faiblesse de l'impulsion du cœur, dont les battements étaient à peine perceptibles par l'auscultation, le pouls lui-même étant à peine appréciable sous le doigt.

A l'état normal, une ligne verticale allongée du tracé indique l'énergie contractile du muscle cardiaque : ici, cette ligne était à peine marquée. Sur la ligne de descente, il existe toujours, près du sommet, une saillie provenant de ce que le sang, après avoir reflué vers les valvules aortiques du cœur, en revient et produit une nouvelle ondée qui soulève l'artère ; le point saillant indique ce choc en retour ; chez nos malades, il *n'existait* pas.

Dès le lendemain, les tracés reprenaient le type normal, qui se maintint trois à quatre jours.

Chez une autre femme, atteinte de rétrécissement de l'ouverture de communication entre l'oreillette et le ventricule gauche, il y avait des irrégularités du cœur et du pouls ; elles disparurent entièrement. Le rhythme du cœur était encore bien plus troublé chez un homme atteint de péricardite chronique, avec insuffisance des valvules destinées à fermer l'orifice dont nous avons parlé ; l'agencement des pulsations redevint naturel.

Dans un cinquième cas, qui se rapporte à une dilatation du cœur provoquée par l'altération des artères, il existait une arythmie marquée, avec œdème et albuminurie, dépression et ralentissement du pouls ; sous l'influence du sulfate de spartéine, il se manifesta la régularisation du pouls, l'augmentation de l'impulsion du cœur et, en même temps, l'accélération de ses mouvements.

Il nous reste à signaler un sixième cas des plus probants. Il s'agit d'un asthme cardiaque, avec albuminurie, le pouls présentant une dépréciation et un trouble complet ; quarante minutes après l'ingestion du médicament, tout était changé, la régularité et la force avaient reparu.

Résultats et indications thérapeutiques. — Trois effets caractéristiques et concluants ressortent de ces observations : le premier, qui est le plus important, c'est le relèvement du cœur et du pouls ; sous ce rapport, le sulfate de spartéine équivaut à la digitale ou à l'alcaloïde du muguet, appelé *convallamarine*, et son action tonique est infiniment plus marquée, plus prompte et plus durable. Le deuxième effet, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé ; aucun médicament ne saurait lui être comparé à cet égard. Le troisième résultat, c'est l'accélération des battements qui s'impose, pour ainsi dire, dans les graves atonies avec ralentissement du cœur ; par cela même, la spartéine se rapproche de la belladone.

Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une heure ou de quelques heures au plus et se maintiennent trois à quatre jours après la suppression du médicament. Pendant ce temps,

---

par une grosse mouche, compagne habituelle du bœuf, et dont la piqûre créerait une voie où les œufs déposés se transformeraient en larves. Pendant quelques jours, cet animalcule ne provoque qu'une légère démangeaison ; cette démangeaison augmente la nuit ; l'exacerbation est sans doute due à la chaleur du lit, ainsi qu'à l'activité plus grande du parasite pendant la nuit. Ce prurit n'est toutefois pas de nature à appeler l'attention, et on le confond aisément avec celui qu'occasionnent journellement les divers insectes qui tourmentent le voyageur dans les pays chauds ; mais il devient bientôt insupportable et ne tarde pas à être remplacé par une véritable douleur. A ce moment, le corps de l'insecte, enfoncé dans la peau, y détermine, en se développant, une vive inflammation. Le point enflammé est d'une coloration rouge foncé et présente bientôt, à son centre, une élevure dont la base s'enfonce dans les couches profondes du derme. Ce bouton augmente de volume pendant cinq ou six jours. On éprouve, en ce moment, des douleurs qui, de térébrantes, deviennent très aiguës et comparables à celle que produirait la piqûre d'une aiguille. Le point blanchâtre que présente la petite tumeur à son sommet donne alors issue, soit spontanément, soit à la suite d'une pression exercée à la base, à un entozoaire blanc dont la *longueur* peut atteindre *six à huit millimètres* et la *largeur, deux ou trois millimètres.* A dater de ce moment, la coloration de la tumeur s'efface graduellement ; la douleur s'apaise, cesse au bout de dix à douze heures, et la cicatrisation s'opère. »

D'après M. Dutrieux, il y a lieu de penser que les éruptions furonculeuses qui ont été décrites, dans les livres de voyage, comme incommodant fort les Européens, pendant l'hivernage, dans l'Afrique orientale, sont probablement la même affection parasitaire que celle dont nous venons de signaler les caractères principaux, en empruntant la description à M. Dutrieux.

VII. — M. Lejanne, médecin de la marine, a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de l'île de Groix (Morbihan) au point de vue de la Géographie médicale (1). C'est une monographie intéressante d'une petite île peu connue, où M. Lejanne a passé deux ans. Nous signalerons dans ce travail une observation de gangrène palustre (p. 50-52).

L'anémie est commune dans l'île de Groix mais la scrofule y

(1) Paris, 1885. 79 pages.

les forces générales augmentent et la respiration est facilitée, mais bien moins que par l'iodure de potassium; la fonction urinaire seule ne paraît pas influencée par la dose *modérée* que nous avons employée jusqu'ici.

Le sulfate de spartéine semble donc indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, soit parce qu'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand, enfin, la circulation est ralentie, le médicament paraît immédiatement obvier à ce trouble fonctionnel, tout en maintenant ou en augmentant la force acquise du muscle.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DYSSENTERIE ANCIENNE. — ABCÈS MULTIPLES DU FOIE. — FORMATION D'UNE COLLECTION PURULENTE SOUS-HÉPATIQUE. — MORT; par M. P. MUSELIER.

Les abcès chauds du foie, si fréquents dans certains pays, ne se rencontrent au contraire que très exceptionnellement en France, et, à ce titre, il faut considérer comme une bonne fortune ceux que le hasard vient soumettre à notre observation, soit dans la pratique civile, soit dans la pratique hospitalière. C'est pourquoi nous avons jugé opportun de publier le fait suivant, observé récemment par nous à l'hôpital Necker, et qui nous paraît offrir un intérêt vraiment special, tant au point de vue clinique et particulièrement au point de vue des difficultés du diagnostic, que par l'étendue et la complexité des lésions anatomiques.

B... (Jean-Baptiste), âgé de 34 ans, entre le 23 septembre dernier à l'hôpital Necker, dans le service de M. le docteur Rigal, alors suppléé par M. Muselier, médecin du Bureau central. Cet homme est revenu il y a quelques mois seulement de la Guadeloupe, où il a séjourné trois ans comme gendarme. Un premier interrogatoire est négatif au point de vue des maladies qu'il aurait pu contracter dans ce pays. Mais, plus tard, il revient sur ses premières déclarations et nous affirme qu'il aurait été atteint dans les derniers mois de son séjour d'une affection présentant tous les caractères de la dyssenterie. Il rentre en France le 14 juin. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il a été pris de douleurs abdominales violentes, accompagnées d'un peu de ténesme et de diarrhée. Cette diarrhée dura une quinzaine de jours. Elle était constituée par des selles fréquentes, mais peu abondantes, formées presque exclusivement de glaires fétides.

Deux jours avant son entrée, apparition d'un frisson violent qui dure une demi-heure environ. Un vomitif fut administré. Le lendemain, à la suite d'un purgatif, une douleur vive se déclare dans l'hypochondre droit, entraînant à sa suite une gêne notable de la respiration et l'impossibilité de se coucher sur le côté malade. Aucun trouble de la miction.

Le jour de l'entrée, on retrouve les mêmes phénomènes au complet. La douleur est toujours vive au niveau de l'hypochondre droit; elle est profonde, fixe, sans irradiations vers les parties voisines. La palpation et la pression l'exaspèrent; le maximum siège au niveau des fausses côtes droites, mais dans une étendue assez large, en avant et en arrière. Il semble que l'on perçoive dans cette région et au-dessous d'elle un peu d'empâtement. Le pincement de la peau n'est pas douloureux.

Le côté droit du thorax paraît un peu dilaté; les côtes inférieures sont déjetées en dehors.

La percussion dénote à la base de la poitrine une diminution légère de la sonorité; l'auscultation, un affaiblissement du murmure vésiculaire. Ni souffles, ni râles. Urines chargées d'urates, albumineuses.

25 septembre.—Apparition à la partie postéro-externe de l'hypochondre droit d'un œdème localisé occupant une étendue de dix centimètres carrés environ.

26 septembre. — L'œdème persiste. A son niveau, la peau a pris une teinte rosée.

28 septembre. — Apparition de signes de pleurésie à la base droite du thorax, en arrière; matité, souffle, égophonie. Une ponction, faite avec la seringue de Pravaz, dans le but de vérifier la présence et la nature d'un épanchement pleurétique soupçonné purulent, reste sans résultat. Même ponction est répétée le lendemain et le surlendemain. La première donne un peu de sérosité sanguinolente; la seconde ne fournit que du sang presque pur.

30 septembre. — La peau commence à revêtir une teinte subictérique légère. Les urines présentent une coloration verte prononcée avec l'acide nitrique. L'albumine a disparu. Amaigrissement rapide.

3 octobre. — L'état du malade est le suivant : la teinte subictérique est plus prononcée; l'hypochondre droit est le siège d'une voussure évidente; le foie paraît volumineux. La matité qui lui est propre commence à un travers de doigt au-dessus du mamelon et dépasse en bas les fausses côtes d'une quantité à peu près égale.

---

serait plus rare qu'en Bretagne. L'alcoolisme chronique est exceptionnel mais les manifestations de l'alcoolisme passager s'y voient fréquemment au moment du retour de la grande pêche. Les maladies vénériennes ne se trouvent guère que chez les jeunes gens et sont toutes d'origine étrangère. L'hypochondrie est fréquente dans cette île, surtout chez les jeunes veuves de pêcheurs.

VIII. Un médecin principal de l'armée, M. le docteur A. Paoli a publié, à la suite et formant la deuxième partie d'un volume destiné à préconiser l'emploi d'un feutre antiseptique dans les pansements des plaies (1), la relation d'une traversée par terre de l'Atlantique au Pacifique à travers le Mexique. Ce récit est des plus attachants. Il est traité des altitudes au point de vue de la phthisie pulmonaire, des richesses du territoire de Sinaloa et de la Sonora, de la botanique médicale dans ces régions, de la Pinta et du goître, etc. Il est même question de la métallurgie de l'argent, de l'or et du mercure.

Je n'en finirais pas, si je voulais analyser ici les nombreux travaux touchant à la Géographie médicale qui ont été publiés dans ces dernières années. Il me suffira d'avoir laissé entrevoir l'intérêt que présentent ces études, au point de vue de la médecine générale. La Géographie médicale est une section provisoire de la science; elle a pour but d'arriver à éclairer l'origine des maladies en tant qu'elles peuvent être influencées par les conditions de climat, de latitude, d'altitude, de terrain, des eaux, etc. Quand son œuvre sera accomplie, elle aura contribué à constituer l'étiologie scientifique; elle aura servi de moyen d'étude à l'hygiène, qui ne doit être que la science des causes des maladies, et à la prophylaxie, qui n'est que l'hygiène appliquée.

Aussi nous associons-nous de grand cœur au vœu que MM. Gull et Verneuil ont émis au dernier Congrès de médecine de Copenhague, relativement aux études de géographie médicale. Dans ces Congrès internationaux, il n'est point de branche de la médecine qui ait plus d'intérêt à y être traitée que celle de l'hygiène, de la topographie, de la statistique et de la pathologie spéciales aux diverses contrées qui envoient des représentants à ces grandes assises de la science médicale.

Hoc opus, hic labor est.

Dr ALBERTUS.

(1) Les accidents de l'organisme et leurs soins d'après une nouvelle méthode. — Les Andes, observations médicales. — Un vol. in-8° de 539 pages. Paris, O. Doin, éditeur.

Les côtes sont déjetées en dehors; les espaces intercostaux élargis.

Toute la région est le siége d'un empâtement profond qui s'étend en arrière jusqu'au voisinage de la crête iliaque; la tuméfaction paraît s'étendre sous le foie. A ce niveau, le malade éprouve des douleurs lancinantes revenant par accès quelquefois très intenses et prolongés.

On n'y perçoit pas de fluctuation, mais une sensation de rénitence généralisée.

Il existe un état fébrile modéré. T. A. varie de 38° à 39°.

7 octobre. — La constipation habituelle a fait place à une selle diarrhéique abondante. Les matières rendues sont normales, mais peu colorées. Sur le bord du vase, on trouve quelques gouttes de sang avec deux gouttes de pus bien caractérisé. Les selles ne paraissent pas en contenir.

10 octobre.—Le malade a eu une selle abondante constituée par du sang pur, rouge, ne paraissant point altéré. La tuméfaction hépatique et périhépatique persiste, ainsi que la douleur.

11 octobre. — Nouvelle évacuation sanglante, moins abondante toutefois que la première.

12 octobre. — La fluctuation devient nette dans le flanc droit, au-dessous des fausses côtes et du foie.

M. Kirmisson, qui supplée en ce moment M. le professeur Le Fort, est appelé en consultation. Il constate avec nous une fluctuation profonde, mais très nette, à la partie latérale et inférieure de l'hypochondre droit, dans une région située sensiblement au-dessous du rebord des fausses côtes. Une ponction pratiquée à ce niveau, au moyen de l'aspirateur de Potain, amène l'évacuation immédiate d'un pus d'abord homogène, rougeâtre, et, vers la fin, mélangé de grumeaux assez épais pour obstruer la canule. Sur la demande de notre collègue, le malade est envoyé dans le service de chirurgie, et, dès le lendemain, l'ouverture de l'abcès est pratiquée et le pansement fait avec toutes les précautions les plus rigoureuses de la méthode antiseptique. Cette opération amène l'évacuation d'une quantité de pus considérable, près de deux litres et demi.

Nous serons bref sur cette dernière partie de l'observation. Nous dirons seulement que le malade, malgré les soins dont il était entouré et malgré l'opération et les pansements antiseptiques, ne cessa de s'affaisser pour s'éteindre définitivement le quatrième jour après son entrée dans le service de chirurgie. Quant au traitement suivi pendant la durée de la maladie, il se ressentit forcément des contradictions et des incertitudes du diagnostic. Au début, la douleur de côté fut combattue par des ventouses scarifiées et par des injections hypodermiques de morphine pratiquées matin et soir, à la demande même du malade. Plus tard, l'apparition des signes non douteux d'une pleurésie à la base droite motiva l'application d'un vésicatoire. Enfin, dans les derniers jours, l'apparition de l'ictère, jointe à celle d'une tuméfaction sous-hépatique de plus en plus visible, nous permit de poser plus sûrement le diagnostic et, dès ce jour, le malade fût soumis à l'usage quotidien du sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme par jour environ : simultanément, on prescrivit des toniques et des cordiaux (potion de Todd, etc.), dont l'usage fut continué pendant le séjour du malade en chirurgie.

Voici maintenant, résumés succinctement, les détails de l'autopsie :

L'abdomen est ouvert par une incision s'étendant de l'appendice xiphoïde au pubis : il ne s'écoule aucun liquide de la cavité abdominale. Le péritoine paraît sain dans toute son étendue, sauf dans l'hypochondre et la fosse iliaque du côté droit. A ce niveau, des adhérences maintiennent le bord droit du grand épiploon, fixé d'une part à la paroi abdominale antérieure et de l'autre aux intestins sous-jacents, cœcum et côlon ascendants. Les rapports du foie sont absolument normaux à gauche du ligament suspenseur; à droite, la surface convexe est complètement adhérente au diaphragme. Si l'on prolonge l'incision faite pendant la vie, de façon à rejoindre l'incision verticale par laquelle on vient d'ouvrir l'abdomen, on tombe dans une vaste cavité qui est celle de l'abcès ouvert pendant la vie. Cette cavité, qui remonte à droite de l'extrémité droite du foie jusqu'au diaphragme, descend en avant du rein, en dehors et un peu en arrière du côlon ascendant et du cœcum jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque. Elle est limitée d'une part par le péritoine pariétal recouvert de fausses membranes, et de l'autre : en dedans, par des adhérences établies entre le cœcum, le côlon ascendant, le foie, le grand épiploon; en avant, par le bord droit du cœcum et du côlon ascendant, adhérents à la paroi abdominale; en bas, elle communique avec le gros intestin par un orifice permettant d'introduire le pouce et présentant des bords déchiquetés, irréguliers, noirâtres, et situé à quelques centimètres au-dessus et vis-à-vis de la valvule iléo-cœcale; en haut, cette cavité est limitée par le diaphragme et l'extrémité droite du foie. Après avoir sorti les viscères de l'abdomen, en respectant autant que possible leurs rapports, on peut vérifier de nouveau les limites de cette cavité. De plus, en faisant une coupe transversale du foie, on voit que l'abcès péritonéal communique largement avec un autre abcès du foie en voie de ramollissement. Les deux sont entourés d'une zone rouge noirâtre, première phase de la suppuration du tissu hépatique. Çà et là on aperçoit également quelques petits abcès miliaires. La coupe permet encore de voir du pus dans les ramification enflammées et épaissies de la veine-porte. Le lobe droit du foie est très augmenté de volume. Le gros intestin présente dans toute son étendue des lésions de dysenterie ancienne, caractérisée principalement par de nombreuses altérations. Le cœcum est noirâtre, en grande partie putréfié.

Rate volumineuse. Traces de périsplénite ancienne.

Reins normaux, peut-être un peu décolorés.

Cœur feuille morte, caillots fibrineux dans le cœur droit.

Poumon droit refoulé. — Congestion superficielle de la base, qui adhère au diaphragme par des fausses membranes récentes. — Pas d'épanchement pleural.

La cavité pleurale est très diminuée de volume. Le diaphragme remonte jusqu'au niveau de la troisième côte et adhère fortement à la partie thoracique. La thoracentèse ou un empyème auraient donc pénétré directement dans la cavité abdominale.

Remarques. — D'après les détails qui précédent, et surtout d'après les résultats de l'examen nécroscopique, on pourrait intituler cette observation remarquable : dysenterie; pylephlébite et abcès du foie consécutifs; péritonite aiguë localisée secondaire; perforation intestinale; fistule stercorale et mort. Les faits saillants de l'observation sont contenus, en effet, dans les termes de cet énoncé, qui les résume d'une manière à peu près complète. En tous cas, elle nous semble particulièrement intéressante à un double point de vue, celui de la clinique et celui de l'anatomie pathologique. Au point de vue clinique, on remarquera d'abord l'allure singulière et la complexité des symptômes observés dès le début, et d'après lesquelles le diagnostic devait forcément se ressentir des hésitations et des incertitudes presque inévitables. Ainsi, la douleur de côté initiale pût d'abord faire croire à toute autre affection, soit de la paroi thoracique, soit de la plèvre. Cette dernière hypothèse dût être souvent discutée, et elle trouva, du reste, un instant sa confirmation dans l'apparition de signes non douteux d'un épanchement pleurétique à la base droite. L'intensité de la douleur nous imposa même un instant l'idée d'une pleurésie diaphragmatique, idée assez plausible au premier abord, en dépit de l'absence de certains signes habituels à cette variété de pleurésie, tels que l'abaissement du foie et la douleur localisée sur le trajet du phrénique. Mais bientôt le développement d'un œdème pariétal non douteux, au niveau de la région des fausses côtes droites, vient modifier cette première

hypothèse et nous ramène vers l'idée d'une suppuration intra-abdominale que, vu le siège de l'œdème, on aurait pu être tenté de rapporter au phlegmon périnéphrique. Mais cette deuxième interprétation avait contre elle des objections assez nombreuses, parmi lesquelles l'absence au moins apparente des causes qui, d'ordinaire, engendrent cette variété de phlegmone: refroidissement, contusion, pyélo-néphrite antérieure. L'apparition de l'œdème nous fit discuter aussi l'hypothèse d'un épanchement purulent de la plèvre, mais on a vu par la lecture de l'observation que les ponctions capillaires pratiquées dans le but de vérifier l'existence d'une collection intra-pleurale demeurèrent sans résultat.

Avec l'apparition de l'ictère et surtout avec celle d'une voussure progressivement croissante de la région hépatique, le diagnostic acquérait des éléments de certitude qui lui avaient fait défaut jusque-là. Aussi, à partir de ce jour, nous avons été conduits à admettre définitivement l'existence d'une collection purulente hépatique. La marche de la température, l'intensité croissante de l'ictère jointes à l'aggravation de l'état général, nous raffermirent dans cette interprétation, confirmée quelques jours après par un nouvel examen de la paroi qui révèle une fluctuation manifeste et confirmée encore par l'apparition de pus et de matières sanguinolentes dans les garde-robes. Ce dernier phénomène ne pouvait être expliqué que par l'évacuation spontanée d'un abcès dans l'intestin. Enfin les circonstances étiologiques, qu'il est bon de rappeler à ce propos, le séjour prolongé du malade à la Guadeloupe, où la dyssenterie est endémique, l'existence d'une diarrhée chronique récente chez lui, permettaient par un enchaînement logique de rapporter la suppuration hépatique aux lésions intestinales antérieures et peut-être encore présentes. Ne sait-on pas depuis longtemps que la dyssenterie est la cause principale, sinon unique, des abcès du foie, si fréquents dans les pays chands.

Comme corollaire de toutes ces remarques, le pronostic nous paraissait empreint d'une gravité incontestable que l'événement n'a que trop confirmé. L'examen nécroscopique, en nous révélant des particularités intéressantes, nous fait comprendre du même coup la raison de cette gravité. Il est évident, en effet, d'après l'examen de la pièce, que le nombre et la nature des lésions rendaient la guérison à peu près impossible. Si ces lésions eussent été bornées à la poche juxta-hépatique, on eût pu concevoir cette guérison comme possible. La chirurgie, surtout depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique, nous a habitué à des succès de ce genre. Mais nous n'avions pas affaire à un abcès du foie unique; il y en avait plusieurs: les uns déjà formés et en voie de ramollissement; les autres encore dans leur période initiale, mais destinés probablement à subir la même évolution ultérieure que ceux qui les avaient précédé. Dans ces conditions, les chances d'épuisement général et de septicémie augmentaient et rendaient la terminaison fatale presque inévitable. Guéri du premier abcès ouvert à l'extérieur, le malade n'en eût pas moins succombé plus tard aux progrès de la suppuration intra-hépatique formée simultanément en d'autres régions de la glande.

Nous ferons enfin cette dernière remarque, à savoir que le siège de la collection purulente ouverte à l'extérieur semble justifier les hésitations par lesquelles le diagnostic a dû forcément passer au début. En effet, cette poche était située dans une région intermédiaire au foie, au rein, au cœcum: elle empiétait simultanément sur l'emplacement de ces trois organes. De là la nécessité de discuter successivement des hypothèses afférentes à chacun d'eux, sauf à rejeter l'une après l'autre celles que la marche de la maladie et l'étude des autres symptômes rendaient improbables. C'est ainsi que nous sommes arrivé, d'une manière graduelle, à affirmer définitivement le diagnostic d'abcès du foie.

Nous n'insisterons pas maintenant sur certaines des altérations trouvées à l'autopsie, sur la présence du pus dans les ramifications de la veine-porte, phénomène presque constant dans les abcès hépatiques d'origine dysenterique et qui prouve la part prise par le système porté comme agent de transport des éléments irritants et infectieux fournis par l'intestin ulcéré, ni sur certaines lésions accessoires, comme la pleurésie de voisinage ou la perforation du côlon. Nous mentionnerons seulement l'existence de la péritonite aiguë localisée, d'abord parce que cette péritonite a servi de barrière à la diffusion du pus hépatique dans l'abdomen, ensuite parce que son entrée en scène paraît avoir eu, au point de vue symptomatique, une importance particulière. En effet, c'est à elle que nous rapportons la douleur si vive manifestée par le malade au début et jusqu'à une période avancée de la maladie qui devait l'emporter.

REVUE CRITIQUE

LA MÉTHODE PASTORIENNE ET LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE. — DE QUELQUES-UNES DE LEURS APPLICATIONS EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, EN PARTICULIER DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA MORBUS, par M. MAURICE NOTTA.

Suite et fin. — Voir les numéros 44, 45, 46 et 47.

V

C'est à M. Villemin (1865) que revient l'honneur d'avoir démontré la contagiosité de la tuberculose, et depuis les travaux de Klebs, de Toussaint, de Cornil, de Malassez et de Koch, l'agent de cette contagion semble être un parasite. La découverte de Koch, qui n'est cependant que le corollaire prévu des expériences de Villemin, a levé les derniers doutes, en montrant le microbe spécifique, le bacille tuberculeux, dont le rôle a été récemment bien défini par le professeur G. Sée, dans son livre sur la *Phthisie bacillaire des poumons*: « dans la tuberculose, l'élément étiologique est désormais défini rigoureusement, c'est le parasite bacillaire; c'est lui qui produit la lésion tuberculeuse, par conséquent, amène le trouble fonctionnel qui s'ensuit; c'est contre lui que seront dirigés les soins prophylactiques de l'individu menacé, les soins curatifs de l'individu frappé. » L'introduction de ce micro-organisme dans l'économie peut se faire de bien des façons différentes, et dans son remarquable travail sur les *portes d'entrée de la tuberculose*, notre ami, M. le docteur Verchère, a démontré que cette introduction ne pouvait avoir lieu que par une surface absorbante, par des orifices naturels, parfois microscopiques, constamment ou momentanément ouverts, par des solutions de continuité soit de la peau, soit des muqueuses. Mais, quel que soit le lieu de pénétration, il faut que le parasite rencontre un milieu de culture propre à son développement. La contagion de la tuberculose est aujourd'hui indéniable, et de trop nombreux exemples l'attestent chaque jour.

Telle est l'histoire de cette femme, qui épouse un mari tuberculeux, devient tuberculeuse à son tour, se remarie après la mort de son mari, et rend le second tuberculeux; ailleurs, ce sont trois sœurs qui se partagent les vêtements de leur sœur aînée, morte tuberculeuse, et qui meurent tuberculeuses toutes les trois, à quelques mois de distance ! Nous pourrions encore citer (1) les observations très singulières de deux jeunes enfants, circoncis, d'après le rite juif, par un opérateur phthisique, et chez lesquels se développèrent, sur les surfaces de section, des ulcères tuberculeux. L'un des enfants mourut de phthisie généralisée; l'autre fit de la tuberculose locale et est aujourd'hui guéri. A côté de ces faits déplorables, il en est d'autres qui prouvent que certains individus sont *réfractaires* à la tuberculose, comme ils pourraient l'être à d'autres virus tels que ceux de la diphthérie, de la variole, de la scarlatine, etc. C'est ce qui explique pourquoi dans les hôpitaux, dans les casernes, dans les villes où les risques de contagion sont constants, où tout individu respire un air chargé de germes contages, les cas de tuberculose ne sont pas relativement plus fréquents. Car si les portes d'entrée du bacille tuberculeux sont nombreuses, les formes sous lesquelles il pénètre dans l'organisme sont différentes, suivant le mode de pénétration. L'inoculation se fait-elle directement par une plaie ou par le tube digestif, l'agent contaminateur envahit l'économie sous forme de bacille à l'état parfait; l'infection se fait-elle par les voies aériennes, par les orifices glandulaires, en un mot, par l'intermédiaire de l'air extérieur, dans lequel le microbe tuberculeux, d'après Fischer et Schill, ne peut pas arriver à l'état adulte, le bacille pénètre dans l'organisme sous forme de spores. La tuberculose inoculée, la tuberculose alimentaire et la tuberculose respiratoire, tels sont les trois genres de tuberculoses expérimentales qui éclairent l'étiologie vraie de la tuberculose humaine, et qui montrent les rapports intimes qui unissent la médecine clinique à la pathologie expérimentale.

Etant donnée la nature microbienne de la tuberculose, trois indications résument sa thérapeutique : 1° s'opposer à l'entrée du parasite; 2° empêcher son développement s'il a forcé l'entrée; 3° enrayer sa multiplication ou le détruire, s'il a commencé à se développer. Les deux premières indications relèvent de l'hygiène; quant à la troisième, elle reste toujours à l'état de problème, dont la solution ne sera trouvée que le jour où on aura découvert un agent spécifique capable d'atteindre directement le bacille dans sa vitalité, d'arrêter sa multiplication, de s'opposer à ses envahissements. Sans doute, jusqu'à présent, toutes les tentatives ont échoué; mais ce n'est pas une raison pour se décourager. Ecoutez plutôt les encouragements convaincus de M. G. Sée : « La voie nouvelle, dit-il, dans laquelle la clinique peut et doit entrer résolument ne restera pas stérile; nous ne sommes pas effrayés par les faux pas de la première heure; en effet, les difficultés sont bien autrement considérables que dans la science chirurgicale ou obstétricale, où le médicament nécrophytaire trouve le parasite, pour ainsi dire, sous la main. Le parasite médical, au lieu de rester à la surface, comme sur une plaie, a pénétré profondément dans les tissus, dans la muqueuse bronchique, dans le poumon, dans tous les éléments histologiques; vous ne l'atteindrez pas par des fumigations, ni même avec les injections intrapulmonaires, d'ailleurs dangereuses, des substances antivirulentes; l'ennemi est dans la place et non à la porte d'entrée; il faut le prendre à revers, et, pour cela, imprégner l'organe malade par le médicament sans faire courir de danger à l'organisme. Il faut que le médicament, s'il ne peut arriver au bacille, le frappe indirectement, dans ses conditions vitales, dans ses moyens d'existence; c'est là le secret et l'explication de certaines actions médicamenteuses : c'est là la source des indications curatives. »

Il semble que, par un singulier contraste, les progrès de la thérapeutique de la tuberculose humaine soient presque en raison inverse de ceux de son étiologie; quoique sa nature parasitaire soit aujourd'hui démontrée, que l'agent de la contagion soit nettement défini, le traitement reste impuissant et les efforts tentés dans cette voie demeurent stériles. Il n'en est pas toujours ainsi, et c'est le contraire qui a eu lieu pour la rage, dont le vaccin paraît avoir été découvert sans qu'on ait encore pu isoler le microbe contaminateur. Malgré de très grandes difficultés, M. Pasteur a pu, après une longue suite d'expériences et de recherches qui durent depuis trois ans, appliquer au virus rabique sa méthode d'atténuation des virus. Grâce à lui, nous possédons aujourd'hui le vaccin préservateur de la maladie, et nous ne ferons que rappeler les expériences décisives faites en présence d'une commission spéciale nommée par M. le ministre de l'instruction publique. Vingt chiens vaccinés et vingt chiens non vaccinés furent extraits des chenils de M. Pasteur, et ces quarante chiens furent successivement mordus par des chiens enragés. Les vingt premiers furent réfractaires à la rage, les vingt autres devinrent enragés. Les résultats annoncés par M. Pasteur étaient pleinement confirmés, et le rapport de la commission consacrait cette découverte d'une façon définitive le jour même où M. Pasteur faisait au Congrès de Copenhague sa communication sur l'atténuation des virus en général et sur celui de la rage en particulier. De ses expériences propres et de celles de la commission, on a pu tirer les conclusions suivantes qui résument ce que l'on sait aujourd'hui sur le virus rabique :

1° La rage provient toujours d'un chien enragé;

2° Le virus de la rage se développe dans le système nerveux, dans le bulbe en particulier;

3° Chez un animal mort de la rage, on peut toujours trouver dans le bulbe le virus rabique et produire la rage chez un chien, un lapin ou un cobaye, etc., indemne, dans des délais variables avec l'espèce animale. L'inoculation du virus se fait par la trépanation, le virus étant préparé en faisant macérer une certaine quantité de bulbe d'animal enragé dans environ trois fois la même quantité d'eau;

4° On peut atténuer le virus rabique par des inoculations successives de ce virus pris sur un chien, puis inoculé à des singes. En passant d'un singe à un autre, le virus diminue d'intensité, c'est-à-dire qu'il produit la rage au bout d'un temps de plus en plus grand. Si à une certaine époque on inocule à un chien le virus provenant d'un singe rendu rabique avec un virus atténué, le chien est désormais réfractaire à la rage, et il est impossible de la lui communiquer par des injections de virus plus intense, soit par inoculation intra-veineuse, soit par trépanation, du virus de chien à *rage des rues*. Il a donc été vacciné par le virus atténué et atténué en passant par le singe.

Voyons quelle heureuse application on peut faire de ces découvertes à la prophylaxie de la rage humaine. Il y aurait un intérêt considérable, actuellement et jusqu'à l'époque éloignée de l'extinction de la rage par la vaccination, à pouvoir

(1) Lindmann. DEUTSCHE MED. WOCHENSCH., 1883, n° 30.

empêcher le développement de cette affection chez l'homme après qu'il a été mordu par un chien enragé. Or, grâce à la durée d'inoculation de la rage, il y a tout lieu de croire que l'on pourrait produire l'état réfractaire des sujets avant que la maladie mortelle éclatât, avant que la morsure eût le temps d'incubation nécessaire pour la déterminer. Les expériences de M. Pasteur sont très favorables à cette manière de voir; mais il faut en multiplier les preuves à l'infini sur des espèces animales diverses avant que la thérapeutique ait la hardiesse de tenter sur l'homme cette prophylaxie. Car, si l'expérimentation sur l'animal est permise et même nécessaire, l'expérimentation sur l'homme est un crime. C'est pour cela, d'ailleurs, qu'on avance si lentement dans l'étude des maladies contagieuses chez l'homme, et qu'il est tout indiqué de commencer par l'étude des maladies communes aux deux espèces, comme la rage et les maladies charbonneuses. Mais bien que le microbe de la rage ne soit pas encore découvert, cela n'enlève rien à la théorie de la virulence de la rage au point de vue de sa réalité et de son atténuation.

Nous trouvons encore moins avancée l'étude du choléra, dont la récente invasion et les terribles ravages ont donné une ardente et nouvelle impulsion à toutes les recherches entreprises pour en découvrir le microbe spécifique. Le problème à résoudre est toujours le même, et consiste à déterminer l'agent contaminateur et l'agent préservateur; en réalité, nous ne connaissons aujourd'hui ni l'un ni l'autre, et le fameux bacille-virgule décrit par Koch, tout en étant le microbe du choléra morbus, n'est probablement pas l'agent producteur du poison cholérique. On savait, par la nature même des symptômes et des lésions macroscopiques du choléra, que la cause de la maladie devait être recherchée dans l'intestin; aussi ce fut sur les tuniques intestinales que portèrent principalement les recherches de Koch et celles des savants français. Mais tandis que Koch affirmait que le choléra était caractérisé par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d'un bacille spécifique rappelant celui de la morve, MM. Straus, Roux, et le regretté Thuillier, victime prématurée de la science, établissaient qu'on rencontrait les micro-organismes les plus divers dans la muqueuse intestinale des cholériques. Leur nombre était d'autant plus grand que la maladie s'était prolongée plus longtemps; dans les cas les plus rapides, ils étaient beaucoup moins nombreux, et, dans les cas suraigus, foudroyants, il était impossible de déceler leur présence. Ces résultats, en apparence si bizarres — car il paraît logique d'admettre au contraire que le nombre des microbes doit être en rapport avec l'acuité et la gravité de la maladie — ont été confirmés par les observations plus récentes des mêmes observateurs à Toulon : sur dix-huit intestins de cholériques, recueillis et examinés avec soin, plus de la moitié (onze cas) ne contenaient pas de micro-organismes. Comme les méthodes employées par M. Koch et par MM. Straus et Roux sont identiques, on ne peut mettre en doute la valeur des procédés employés par les médecins français, qui ont démontré que dans bon nombre de cas de choléra, et particulièrement dans les plus caractérisés, on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales. Il n'en est pas de même, nous le savons, quand l'investigation porte, non plus sur les parois de l'intestin, mais sur son contenu, sur les selles caractéristiques des cholériques. Dans la plupart des cas, en effet, on trouve dans le contenu intestinal un grand nombre de bacilles en forme de virgule. Mais si, dans certains cas, on trouve ce bacille presque à l'état de pureté dans le mucus intestinal, il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, où la variété des organismes que l'on y trouve est si grande qu'aucun d'eux ne paraît prépondérant. Aussi nous ne croyons pas que l'on soit en droit d'en conclure que le bacille-virgule est l'agent pathogène du choléra. On a dit aussi qu'on trouvait des bacilles recourbés et de forme tout à fait semblable à celle du microbe de Koch dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra. Le docteur Maddore (de Londres) a photographié un microbe en virgule provenant de l'eau d'un réservoir; M. Malassez a trouvé dans des selles de dysentériques, au milieu de beaucoup d'autres organismes, quelques bacilles en forme de virgule bien caractérisés; enfin l'on a constaté la présence de bacilles en virgule dans un certain nombre de sécrétions muqueuses. Si d'ailleurs le bacille-virgule, le koumabacillus de Koch, était la vraie cause du choléra, — comme il ne réside que dans le contenu de l'intestin et n'envahit même pas dans les cas rapides la muqueuse intestinale — il faudrait admettre que, pour produire des effets aussi intenses, il sécrète un ferment soluble, un poison quelconque extrêmement énergique qui, par son absorption, provoque les symptômes du choléra (1). Telle est d'ailleurs la théorie de Koch, passible cependant d'un certain nombre d'objections, que nous n'avons pas à discuter ici. Mais, nous le répétons, la cause intime du choléra, l'action de son microbe spécifique comme son mode de propagation, restent jusqu'à nouvel ordre à l'état de problème obscur et controversé.

Quant à la thérapeutique, il est naturel qu'elle se ressente de l'obscurité qui plane encore sur la cause même de la maladie. Peut-être un jour trouvera-t-on le vaccin ou l'agent antiparasitaire de cette redoutable affection. Aujourd'hui, malgré le grand nombre des moyens proposés, malgré l'abondance des réclames, le meilleur traitement *préventif* consiste dans l'observation stricte des règles de l'hygiène. C'est par l'assainissement et par la désinfection externe et interne qu'on peut lutter contre l'extension de l'épidémie. Le meilleur agent de désinfection est le bichlorure de mercure qui, à la dose de 1/100,000, empêche déjà le développement du bacille-virgule. Employé à la dose de 1/10,000, il n'est plus irritant et peut servir, en temps de choléra, au lavage des mains et aux ablutions de la face. Outre les soins de propreté, la préparation des aliments et du linge qui, blanchi en commun, peut avoir été souillé par des effets contaminés, demandent une surveillance spéciale en temps d'épidémie. Le linge ne doit être employé que bien sec, après avoir été, au besoin, passé à

(1) Depuis la rédaction de ce mémoire, notre distingué collègue, M. E. Doyen, a confirmé les recherches de Koch et démontré la spécificité du bacille-virgule; il a pu déterminer chez un grand nombre de cobayes les symptômes et les lésions du choléra morbus, en inoculant à ces animaux des cultures pures de bacille-virgule. Toutefois, la question de la pathogénie du choléra n'est pas encore définitivement tranchée, et, dans une remarquable communication au Congrès de Grenoble (août 1885), M. le professeur Bouchard, se basant sur un certain nombre de recherches expérimentales et d'observations cliniques, a formulé les deux propositions suivantes, qui découlent de sa magistrale démonstration : « *L'agent pathogène du choléra ne peut pas habiter exclusivement la cavité intestinale.* » — « *Le bacille-virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique* ». — En refusant d'accepter la doctrine pathogénique du choléra, telle qu'elle a été formulée par R. Koch, le savant professeur de pathologie générale laisse le champ ouvert à de nouvelles recherches. Le problème reste donc à résoudre.

l'étuve. Quant à la nourriture, le pain devra être conservé à l'abri de tout contage ; les aliments choisis seront ceux qui subissent pendant la cuisson une température voisine de 100 degrés. On ne se servira comme eau de table que d'eau minérale ou d'eau ordinaire ayant bouilli. Le café, le thé, l'alcool à faible dose, sont plutôt des excitants salutaires, mais il ne faut pas faire abus de boissons alcooliques : maints individus, durant l'épidémie de l'an dernier, notamment des ouvriers italiens de Marseille et de Toulon, furent frappés d'une attaque foudroyante après s'être enivrés à la suite d'un repas copieux. Mieux vaut aussi s'abstenir de fruits, et combattre énergiquement la moindre tendance cholérique, qu'il s'agisse d'une simple colique ou de la fameuse diarrhée prémonitoire.

Ces mesures, que nous croyons d'une efficacité réelle, ne sont d'ailleurs pas différentes de celles qu'il faut prendre contre la plupart des maladies infectieuses, et, bien appliquées, ont toujours donné d'excellents résultats, particulièrement dans la fièvre typhoïde. Sans préjuger de l'avenir, nous sommes convaincu que, grâce à ces mesures prophylactiques, nous n'assisterons plus à Paris à une épidémie de choléra qui ferait, comme en 1849, des hécatombes de victimes, et que nous pourrions, sinon en arrêter les coups toujours trop nombreux, du moins en restreindre le développement dans une certaine mesure. Si l'an dernier, le choléra s'est pour ainsi dire localisé au bassin de la Méditerranée, et a respecté les villes du Nord, c'est probablement grâce à l'hygiène plus scrupuleuse et plus sévère dans ces villes et aux mesures sanitaires qui ont été prises. Comme l'a montré M. le docteur Proust dans son remarquable rapport au ministre du commerce, il serait injuste de méconnaître les services réels que l'hygiène a rendus dans l'épidémie de 1885. A Paris, comme à Marseille et à Toulon, ce sont les quartiers les plus sales qui ont été les plus éprouvés, les gens les plus débilités (vieillesse, excès, surmenage, etc.) qui ont été les premiers frappés. De cette facile et simple observation qui n'a rien de médical et dont tout le monde a pu constater l'exactitude, découlent les mesures prophylactiques efficaces contre l'extension du choléra. Si nous considérons les quarantaines sur terre et les cordons sanitaires adoptés en Espagne et en Italie comme des mesures vexatoires, inutiles et parfois dangereuses, nous croyons, au contraire, que les mesures de désinfection locale, jointes à l'hygiène rationnelle publique et privée, suffiront sinon à enrayer complètement la marche de l'épidémie, du moins à la modérer et à diminuer ainsi considérablement le nombre des victimes. Que l'on soit contagioniste ou anticontagioniste, que l'on croie à une infection microbienne générale et complexe, ou à une affection purement locale, la vraie prophylaxie du choléra nous paraît se résumer dans ces deux mots : *hygiène et désinfection*. On doit s'attacher à détruire sur place par des désinfectants appropriés les germes qui ont pu se développer dans des foyers disséminés. D'après une note récente de M. le docteur Redard à l'Académie de médecine, le procédé de désinfection qui paraîtrait le plus efficace pour les wagons, les voitures, etc., serait la vapeur d'eau surchauffée à 110 degrés. Les résultats obtenus par cette méthode sont de beaucoup supérieurs à ceux que donnent les agents chimiques habituellement employés (acide phénique, soufre, chlorure de zinc, etc.). Il faut donc se garder de croire que la valeur d'un désinfectant chimique est en rapport avec la fétidité de son odeur, préjugé aussi fréquent qu'erroné, et choisir avant tout un antiseptique utile.

Nous ne parlerons des prétendus remèdes dits *préservatifs* que pour montrer combien il est difficile de juger leur vertu préventive. C'est sur cette impossibilité même, doublée de la crédulité publique et de la bêtise humaine auxquelles vient s'ajouter encore une panique souvent ridicule, que repose le succès des élixirs, poudres, etc., qu'on voit naître et disparaître avec chaque épidémie. Le raisonnement et le simple bon sens permettent d'expliquer leur vogue, malgré leur inutilité : supposez dans une ville, menacée de l'épidémie, dix mille habitants, convaincus de l'efficacité de pilules uniquement composées de mie de pain, et prenant religieusement leurs quatre ou six pilules par jour. Que le choléra vienne à exercer ses ravages dans cette ville, il y aura peut-être deux mille sur ces dix mille personnes de frappées, et sur ce nombre la moitié au moins guérira. Celles qui auront guéri, comme celles qui auront été indemnes, seront persuadées qu'elles le doivent à leurs bienfaisantes pilules, et il restera les voix de neuf mille personnes pour en célébrer les louanges et en préconiser l'usage. Nous n'insisterons pas davantage ; c'est la fortune du spécialiste, mais pour nous rien de plus !

La recherche des virus atténués, des vaccins, poursuivie jusqu'ici au grand jour par des savants aussi compétents qu'honnêtes, pourrait donner naissance à des « préservatifs » plus dangereux, à des faux vaccins, si des médecins peu scrupuleux voulaient exploiter la confiance publique dans un but purement commercial. En fait de vaccination, la première chose à prouver est la *qualité* du vaccin employé ; car si le prétendu liquide inoculé n'est pas le véritable vaccin, il peut être un liquide plus ou moins septique, et, par le fait, aussi dangereux qu'inefficace. Les vaccinations n'ont pas l'avantage, comme les précédents remèdes, d'être indifférentes, elles peuvent tuer le malade. Si elles n'offrent pas toutes les garanties voulues, elles sont des inoculations coupables, et celui qui les fait n'est plus un spéculateur, mais un criminel.

Ces quelques lignes suffiront à montrer avec quelle circonspection il faut juger la valeur d'un remède. Si nous laissons aux esprits timorés ou crédules l'usage des préservatifs ordinaires qui constitueront pour eux un bon « traitement moral », pourvu que les substances qui entreront dans la fabrication du remède soient bien choisies et ne puissent pas fatiguer leur organisme à la longue, nous rejetons absolument les vaccinations faites sans garanties multiples, et nous croyons que le meilleur de tous les préservatifs est encore l'hygiène, qui, comme le disait Rousseau, est moins une science qu'une vertu.

(A suivre.)

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE.

DU PIN D'AUTRICHE ET DES PRODUITS THÉRAPEUTIQUES DU PIN D'AUTRICHE. — La matière médicale vient de s'enrichir d'une substance nouvelle, appelée, selon nous, à rendre de très grands services à l'art de guérir. Nous voulons parler de l'essence des aiguilles des pins en général, et, plus particulièrement, de l'essence des aiguilles du *Pinus pumilio*, dit pin d'Autriche. Mais avant d'entrer dans l'étude de cette drogue simple nouvelle, il nous paraît utile de faire connaître par quel concours de circonstances on est venu à reconnaître ses propriétés.

Au commencement de ce siècle, un savant industriel de Lagendorf, en Moravie (Autriche), eut l'idée d'employer, pour la fabrication du papier, les fibres des branches de pins. Il réussit. Mais dans le cours de ses opérations un fait important frappa son esprit :

c'est que nombre d'ouvriers qui étaient plus ou moins goutteux, rhumatisants ou atteints de catarrhe pulmonaire chronique, lors de leur entrée dans la papeterie, se trouvèrent, peu de temps après, entièrement guéris. Ces guérisons vraiment surprenantes furent attribuées à la manipulation journalière des branches et surtout des aiguilles des pins. L'observation fut constante et si manifeste que Weiss, l'heureux industriel dont il s'agit, renonça définitivement à la fabrication du papier, pour ne rechercher, étudier et faire connaître que les propriétés thérapeutiques des pins. Et comme c'est dans leurs aiguilles surtout qu'il soupçonnait être la source même de la substance médicamenteuse dont il avait constaté les effets, c'est à l'étude de ces aiguilles qu'il se livra tout particulièrement.

Malheureusement la politique enleva Weiss à ses travaux, qui ne furent repris que plus tard, et d'une manière imparfaite, par d'autres industriels ou chimistes.

M. Joseph Mack, à son tour, entreprit de nouvelles études et les conduisit à bonne fin.

Établi à Gmain, près Salzbourg (Autriche) et dans cette ravissante station de Reichenhall, dont l'état climatérique est rendu si excellent par les émanations balsamiques dégagées par les forêts de pins environnantes, que Liebig a cru devoir en faire l'objet d'une étude pleine d'intérêt (1), M. Joseph Mack avait sous la main, pour ainsi dire, toutes les variétés de pins désirables.

Pharmacien-chimiste distingué, à la tête d'un laboratoire irréprochable, il avait toutes les connaissances et tous les moyens voulus pour, dans ses recherches, ne pas se contenter d'un à peu près.

Après avoir perfectionné les appareils distillatoires de manière à retenir au passage les impuretés et de ne recueillir que l'huile essentielle chimiquement pure, il s'adressa à toutes les variétés de pins et, comparant entre elles les essences obtenues, il fut amené à formuler les propositions suivantes :

1o *L'Essence de Pin la plus pure est celle fournie par les aiguilles du Pin d'Autriche, botaniquement désigné sous le nom de « Pinus Pumilio. »*

2o *L'Essence du Pin d'Autriche est d'autant plus riche en propriétés aromatiques, balsamiques, et, par conséquent, médicinales, qu'elle émane d'arbres croissant sur des sommets plus élevés dans les régions les plus voisines des neiges et des frimas.*

Cette double conclusion fut étudiée et confirmée dans tous ses points par de nombreuses autorités scientifiques.

Au point de vue chimique, dans un rapport fait à l'Académie impériale de médecine de Berlin, le professeur Atterberg déclara qu'après avoir vainement essayé, ainsi que Wobler, Hagen, Mikolasch et Filden, d'analyser les autres essences ou prétendues essences de pin, il s'était adressé à celle du pin d'Autriche de Mack et que « c'est cette essence seule qui lui avait donné une formule définie. »

Quant aux propriétés thérapeutiques de l'essence du Pin d'Autriche, — et à celles des produits pharmaceutiques obtenus avec cette même essence par M. Joseph Mack, — l'illustre professeur Oppolzer, de Vienne, les avait si bien constatées et appréciées que c'est, pour ainsi dire, cette haute illustration de la science médicale qui a vulgarisé, en Autriche, ces remarquables préparations.

Nous reviendrons dans un prochain article sur ces préparations et sur les propriétés thérapeutiques particulières à chacune d'elles. Qu'il nous suffise de constater, dès aujourd'hui, que l'essence des aiguilles du Pin d'Autriche est une drogue simple appelée à rendre aux médecins et aux malades les services les plus importants : l'expérience l'a démontré et elle le démontrera chaque jour d'une manière plus éclatante.

D[r] LAUTIER.

(1) *Reichenhall, sein Clima und sein Heilmittel.*

NOTES & INFORMATIONS

CHOLÉRA. — L'épidémie continue à faire des victimes dans le Finistère, principalement à Concarnean, Andierne, Kerhuan, Guilvinec, etc. Dans les Pyrénées-Orientales, en Algérie, en Tunisie, le choléra tend à disparaître. En Espagne, la recrudescence signalée précédemment semble faire place à une atténuation de l'épidémie.

— LA CONFÉRENCE BROCA. — Cette conférence a eu lieu hier jendi, comme nous l'avions annoncé, dans la salle des séances de la Société d'anthropologie, où se pressait une nombrense affluence d'auditeurs et d'auditrices.

Après une courte allocution où il a rappelé l'origine et l'objet de la confécence, instituée en l'honneur du fondateur de la Société d'anthropologie, le président, M. Dureau, a donné la parole à M. Letournean pour la lecture du rapport sur le prix Godard. Ce prix a été décerné à un linguiste espagnol.

Le conférencier, notre excellent collaborateur, M. Pozzi, devait traiter « *des caractères distinctifs du cerveau de l'homme*. Il avait une double difficulté à vaincre, celle de condenser dans les limites étroites d'une conférence un sujet aussi vaste ; en second lieu, celle de mettre une question de cet ordre scientifique à la portée d'un auditoire où les gens du monde et les dames formaient une importante majorité. M. Pozzi s'est tiré à son honneur de cette tâche ardue. Pendant cinq quarts d'heure, il a su captiver l'attention, tenir la curiosité en éveil et provoquer des applaudissements par les inductions synthétiques qu'il tirait de ses développements un peu spéciaux et arides d'anatomie comparée.

Une pareille conférence ne saurait se prêter à l'analyse, et nous devons nous borner à en constater le succès, en joignant nos félicitations à toutes celles qu'a reçues M. Pozzi. D'aucuns lui ont reproché de n'être pas assez affirmatif dans le sens de la doctrine transformiste, quand il a comparé le cerveau de l'homme à celui des singes anthropoïdes. M. Pozzi n'a pas manqué cependant de rendre hommage aux services que le transformisme a rendus à la science en provoquant partout une activité en quelque sorte fiévreuse de recherches. Mais, sous ce rapport, comme sous bien d'autres, la science est encore dans la période d'évolution et, quels que soient les progrès réalisés jusqu'à ce jour, il n'est pas permis de formuler une conclusion définitive. On ne saurait blâmer la sage réserve du savant conférencier.

Le soir à 7 h. 1/2, nombre de membres de la Société se sont donné rendez-vous au café Riche où, dans un banquet plein de cordialité, on a porté maint toast au progrès de la science et à l'union des savants.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rabuteau, dont la GAZETTE MÉDICALE, depuis vingt ans, a publié nombre de travaux de physiologie et de thérapeutique expérimentales. M. Rabuteau était membre de la Société de biologie, où il faisait de fréquentes communications. C'était un homme laborieux, d'une grande indépendance de caractère, vivant un peu isolé. Il avait cherché, dans les produits de la spécialité pharmaceutique, les ressources nécessaires pour se soustraire aux exigences de la clientèle et consacrer tout son temps aux travaux de laboratoire.

— Nous apprenons également avec regret la mort de M. le docteur Foubert, ancien médecin inspecteur des bains de mer de Villers, décédé à l'âge de cinquante-huit ans, et de M. Dumollard, externe à l'hôpital de la Charité de Lyon.

***

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. —M. Durand-Fardel est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Babinski.

M. Toupet, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Durand-Fardel.

M. le docteur Coudray est chargé des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Frémont.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Boursier, agrégé, est chargé du cours de clinique externe, en remplacement de M. Denucé, nommé professeur honoraire.

M. le professeur Pitres est nommé, pour cinq ans, doyen, en remplacement de M. Denucé, nommé doyen honoraire.

HÔPITAL BEAUJON. — Le docteur Léon Labbé reprendra ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 1er décembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants.

— Le docteur Landolt commencera son cours pratique de chirurgie oculaire mardi prochain, 1er décembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'École pratique, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE. — Nous annonçons avec plaisir que notre confrère, M. le docteur Tartivel, vient d'ouvrir à Bellevue-Meudon (Seine-et-Oise), un nouvel *Établissement hydrothérapique*, destiné à remplacer l'ancien établissement fondé en 1847 par le docteur Louis Fleury. Le nouvel établissement, situé avenue Mélanie, n° 6 et rue du Cerf, 3 et 5, est ouvert toute l'année. Il reçoit des pensionnaires et des externes.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 15 AU SAMEDI 21 NOVEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 15. —Variole 3.— Rougeole 21. — Scarlatine 9. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup 38. — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 8. — Infections puerpérales 3. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 30. — Phthisie pulmonaire 184.— Autres tuberculoses 20. — Autres affections générales 55. — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 22. — Pneumonie 72. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 30. — au sein et mixte 22. — Inconnu 2. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 88. — de l'appareil circulatoire 62. — de l'appareil respiratoire 79. — de l'appareil digestif 54 — de l'appareil génito-urinaire 21. — de la peau et du tissu lamineux 4. — des os, articulations et muscles 13. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 17. — Causes non classées 14. — Total de la semaine: 944 décès.

VA PARAITRE :

Almanach-Annuaire des Médecins et Pharmaciens, pour l'année 1886, sous la direction de médecins de la Faculté de Paris. — Prix : 2 fr., en souscrivant. (Envoi franco.) — A la librairie Alcan Lévy, impr.-édit., rue Lafayette. Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'OPÉRATION D'ESTLANDER. — Leçon de M. le docteur KIRMISSON, professeur agrégé, suppléant M. le professeur LE FORT à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

J'ai l'intention d'opérer devant vous un jeune garçon de 22 ans, à qui je vais faire une résection étendue de la paroi costale. Avant de vous donner les raisons qui me déterminent à cette intervention, je dois vous retracer l'histoire quelque peu détaillée de sa maladie. Sa santé avait toujours été bonne jusqu'en 1882, époque à laquelle il a commencé à tousser; puis, après un violent point de côté, une pleurésie s'établissait et évoluait lentement. Quatre mois après le début, au milieu de juillet, un abcès s'ouvrait spontanément à 8 centimètres au-dessous du mamelon gauche et donnait issue à une grande quantité de pus ; resté fistuleux pendant trois mois environ, il se ferma cependant. La guérison apparente ne fut pas de longue durée, car, au bout de peu de jours, un deuxième abcès se montrait un peu au-dessus du premier, à 5 centimètres en bas et en dehors du mamelon. La marche avait celle que suivent habituellement les pleurésies purulentes abandonnées à elles-mêmes, car cette région est le lieu d'élection pour l'ouverture spontanée des collections purulentes de la plèvre.

Ce deuxième abcès resta fistuleux et ne se ferma plus. Une année se passa de la sorte quand, au mois de septembre 1883, le malade eut une vomique et rendit du pus en abondance par les bronches ; cet état persista dix mois encore, pendant lesquels le pus était évacué continuellement et par la bouche et par la fistule. Mon collègue et ami, M. Reclus, qui n'avait pas de service hospitalier à ce moment, me pria de le recevoir, et voici ce que je constatai à son entrée à la Pitié, le 6 août 1884.

Tout le côté gauche du thorax est affaissé, et la colonne vertébrale présente une incurvation très marquée dont la convexité regarde à droite. La demi-circonférence du thorax est de 44 centimètres à droite et de 39 à gauche. La percussion permet de constater une matité absolue en arrière et le long de la ligne axillaire; la fosse sus-épineuse rend un son plus clair et le bruit est skodique sous la clavicule. L'auscultation fait entendre une respiration très affaiblie en arrière, le long de la colonne, et un peu exagérée sous la clavicule. Partout ailleurs, le silence est complet. A droite, les signes d'auscultation sont normaux.

De cet examen, nous pouvions conclure que le poumon était refoulé en haut et en arrière, et qu'en avant existait une cavité remplie par le pus. L'exploration directe confirmait cette manière de voir, et une sonde introduite par la fistule pénétrait à 11 centimètres en dehors et en arrière. En courbant l'extrémité de la sonde, on pouvait faire exécuter à l'instrument des

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

Novembre 1885.

La mort à l'Académie de médecine et ses ravages. — Guéneau de Mussy. — Charles Robin. — H. Bouley. — La mort en dehors de l'Académie : Rabuteau et Yvaren. — Essais de relèvement de la profession médicale. — Groupement des forces. — Les médecins à la Chambre des députés. — Les ateliers-bagne.

La mort vient de se montrer bien cruelle pour les Académiciens de la rue des Saints-Peres. Que de vides et quels vides en quelques mois ! Sept places sont devenues inoccupées : Baudrimont, pharmacien et chimiste distingué ; Magne, qui fut professeur et même directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Henri Milne-Edwards, professeur de zoologie au Muséum et à la Sorbonne, et qui, au début de sa longue et glorieuse carrière de naturaliste, avait abordé la pratique médicale et avait même publié, en collaboration avec le docteur P. Vavasseur, un manuel de matière médicale (Un volume in-18 de près de 600 pages. Paris, 1826.)

Lunier nous touchait de plus près, nous praticiens, bien qu'il ait localisé ses études à l'aliénation mentale Brillant causeur, actif, bienveillant, avenant, sémillant, il laissera une trace dans la psycho-pathologie du XIXe siècle

* * *

Arrêtons-nous un peu devant deux figures, d'ailleurs fort dissemblables : Guéneau de Mussy et Ch. Robin. Noël Guéneau de Mussy. praticien par excellence, homme aimable et savant, a formé, bien qu'il n'ait jamais occupé de chaire à la Faculté, plus d'élèves que la plupart des professeurs en titre. Clinicien émérite, homme du monde, philosophe, lettré, honnête et honorable, il apprenait à ses disciples mieux que la médecine pratique, il leur donnait, prêchant d'exemple, les plus belles leçons de déontologie professionnelle. Il restait un des derniers représentants, mais non le dernier heureusement (car son cousin Henri est là qui tient dignement son rang dans la science), d'une race essentiellement médicale qui remonte à plusieurs siècles, dont fut aussi

mouvements assez étendus de circumduction, limités cependant en dedans par le poumon et le péricarde. La capacité de cette cavité était cependant impossible à mesurer d'une manière exacte, car le liquide injecté par la fistule ressortait aussitôt par les bronches.

L'expectoration était très abondante, mais non fétide; on pouvait évaluer à 500 grammes la quantité de pus rendu chaque jour, tant par les bronches que par la fistule. Les crachats examinés méthodiquement ne contenaient pas de bacilles.

L'état général était relativement bon. Le malade, pâle, maigre, n'avait cependant pas de fièvre et ne présentait pas de signes de déchéance organique; c'était un homme affaibli par la suppuration plutôt que cachectique. Parmi ses ascendants, nous ne trouvions qu'un seul antécédent pathologique; sa mère est morte phtisique à vingt-six ans.

Dans ces conditions, je pensai qu'il était indiqué d'intervenir, et le 22 août 1884, deux ans et demi après le début de sa pleurésie, j'entrepris de lui faire une résection des côtes et une large ouverture de la cavité pleurale; l'intervention aurait, en effet, été inutile, si l'ouverture n'avait pas dû offrir un large orifice d'écoulement pour le pus. A cet effet, je pratiquai une incision courbe sur la paroi, au niveau de la ligne axillaire, de manière à tailler un lambeau qui a été rejeté en dedans et m'a permis de réséquer les neuvième, huitième, septième et sixième côtes, dans une étendue qui a varié de 11 à 5 centimètres. A l'aide d'une sonde cannelée comme conducteur, introduite par la fistule, je fis une contre-ouverture où des drains furent introduits.

Pendant toute la durée de l'opération, la chloroformisation fut difficile, parce que le pus revenait à chaque instant dans la cavité buccale et m'inspirait des craintes d'asphyxie. De plus, j'avais dû lutter pendant toute la durée de l'opération contre une hémorrhagie en nappe; et le malade commençait à donner des signes de fatigue. Bien que j'eusse reconnu que la cavité s'étendait au-dessus de mon incision, j'ai dû me résoudre à laisser l'opération incomplète plutôt qu'à exposer le malade à une catastrophe.

Dans le but de favoriser la cicatrisation de la fistule pulmonaire, je restai plus de huit jours sans faire de lavages, et, en effet, les vomiques disparurent au bout de ce temps; l'affaissement de la paroi fut hâtée par l'application d'un bandage compressif. La fièvre fut assez vive pendant la première semaine, mais on peut l'expliquer par l'absence des lavages; elle cessa aussitôt qu'on les eût pratiqués.

Tout marcha pour le mieux vers la guérison. Au bout de quelques semaines, le malade, pressé de quitter Paris, sortit en conservant une fistule non tarie. Je reçus des lettres de lui et j'appris quelques mois après que la suppuration était toujours la même. Son médecin me donna lui-même des détails plus précis et je sus qu'un environ après l'opération la quantité de liquide que contenait la cavité pathologique ne dépassait pas 70 à 80 grammes. Cette petite quantité me permettait de supposer que la lésion avait diminué peu à peu d'étendue et qu'elle serait facilement justiciable d'une seconde opération. Je revis le malade, il y a quelques semaines; quelle ne fut pas ma stupéfaction en constatant qu'une bougie Béniqué pénétrait de 20 centimètres à l'intérieur de la cavité pleurale!

Ce fait vient s'ajouter à tous ceux qui prouvent que l'injection d'une quantité quelconque de liquide dans la plèvre ne peut donner que des indications vagues sur l'étendue de la cavité. Celle-ci, chez notre malade, n'existe pas par en bas; le diaphragme, un peu remonté, en constitue la paroi inférieure au niveau de l'ouverture fistuleuse: elle se prolonge par en haut. Or, une injection poussée dans un tel trajet refluera certainement par en bas, à moins qu'on n'inflige au malade l'obligation de rester dans une position telle que le bassin soit plus élevé que les épaules. Ainsi se trouve expliqué un fait assez bizarre en apparence, et on voit comment une cavité qui, n'admettant que quelques décigrammes de liquide, permet à une sonde de remonter jusqu'au niveau de la deuxième ou de la première côte.

Ce premier examen me conduisait, il est vrai, à une constatation fâcheuse, mais je ne tardai pas à trouver des compensations en poussant l'examen un peu plus loin. La percussion et l'auscultation m'ont fait voir les grands bénéfices que le malade a tirés de son opération. Il y a un an, la respiration, vous vous le rappelez, ne s'entendait qu'en arrière et en haut; aujourd'hui on perçoit le murmure vésiculaire dans toute l'étendue du poumon, en arrière et en avant, un peu affaibli par places, il est vrai. Par contre, le long de la ligne axillaire, le silence est demeuré absolu.

Il est facile d'interpréter ces données fournies par l'examen

---

un naturaliste remarquable, le collaborateur de Buffon, Gueneau de Montbeillard, race à laquelle se rattachèrent encore les noms des Lorry et des Noël Hallé, et pour qui semble faite la devise de la Société de chirurgie : Dignité dans la science, moralité dans l'art.

***

Puis voici Charles Robin qui a disparu, Charles Robin qui eut tous les bonheurs. Le premier, il posséda en France une chaire d'histologie, passant aux yeux des gens du monde et aussi de beaucoup de médecins pour le fondateur d'une science nouvelle, et cela dans un pays où Bichat avait publié son *Traité d'anatomie générale*. Peut-être discutable comme professeur, écrivain, et comme observateur, Robin a eu un vrai mérite : il s'est montré un travailleur opiniâtre, acharné, infatigable. En cela, il peut être cité comme modèle et montré aux générations nouvelles comme un exemple de ce que peut l'activité pure d'un homme, même dépourvu des qualités qui font un esprit supérieur. D'une sévérité excessive, faisant parfois la partialité dans les examens où il siégeait en qualité de juge, autoritaire dans son enseignement, souvent oublieux dans ses écrits envers les observateurs autres que lui, il était tout cela inconsciemment, croyons-nous. La postérité, à son tour, le jugera peut-être sévèrement.

***

Après tant de coups successifs dont elle avait frappé le cénacle de l'Académie de médecine, on pouvait espérer que la mort était lasse. Vain espoir, car voici qu'aujourd'hui encore vient de nous être ravi Henri Bouley, un professeur de l'École vétérinaire d'Alfort qui est arrivé à remplacer Claude Bernard dans sa chaire du Muséum d'histoire naturelle et à présider l'Académie des sciences. Bouley disert, aimable, vulgarisateur par excellence, meurt lui aussi, comblé d'honneurs. M. Pasteur perd en lui le premier, le plus grand peut-être, mais à coup sûr le plus enthousiaste de ses disciples, et la doctrine pastorienne un de ses plus brillants défenseurs, un de ses apôtres les plus convaincus.

***

A côté de ces morts qui ont dépeuplé l'Académie de médecine, que d'autres ont disparu dont la place ne reste plus marquée que

thoracique. En effet, la sonorité à la percussion, s'étendant à deux travers de doigt en dehors du mamelon et reparaissant au niveau du bord du grand dorsal, ne laisse une bande de matité que sur une largeur de 8 à 10 centimètres. Cette matité correspond à ce qui reste de la cavité pleurale, qui a conservé une hauteur considérable, mais qui s'est rétrécie dans de grandes proportions dans le sens de la profondeur et de la largeur ; l'introduction du cathéter en donne une preuve directe. Si on prend soin d'en courber un peu l'extrémité, on verra que les mouvements de circumduction sont maintenant impossibles dans tous les sens, sauf en un point peu étendu en bas et en arrière ; l'an dernier, au contraire, tous les mouvements en étaient libres et faciles.

Ainsi le poumon, que l'épanchement avait refoulé et aplati contre la partie supérieure de la colonne, a subi un mouvement d'expansion tel qu'il arrive au contact de la paroi costale sur toute son étendue, sauf sur la ligne axillaire. Il en résulte que la cavité primitive a comblé dans une mesure considérable et que la surface sécrétante n'a plus une grande étendue qu'en hauteur ; la profondeur en a diminué très sensiblement, de telle sorte qu'on a affaire plutôt à une fente qu'à une cavité. On peut donc dire que le malade a gagné quelque chose, quoique les résultats soient très incomplets. Je me propose de lui faire aujourd'hui une nouvelle opération, que vous connaissez déjà, c'est la résection costale, ou opération d'Estlander.

(*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

De l'adénopathie trachéo-bronchique, conférence par le docteur Jules Simon.

Suite. — Voir les numéros 45, 46, 47 et 48.

3° *Coqueluche*. — Il existe trois périodes bien distinctes : Dans la première, l'enfant est pris d'une bronchite qui offre ceci de spécial, qu'elle est accompagnée d'une toux sèche, impérieuse, saccadée, revenant à tout propos. Le diagnostic différentiel, dans cette première période, consiste à séparer les bronchites quinteuses spasmodiques de la coqueluche au début. On a voulu attribuer ces toux spasmodiques à l'adénopathie naissante qui exciterait les récurrents. C'est aller trop loin.

La susceptibilité du larynx, de la trachée et des premières bronches suffit amplement à expliquer le mécanisme de cette toux fréquente et spasmodique.

La deuxième période, la période vraiment apyrétique et spasmodique de la coqueluche, ressemble infiniment à l'adénopathie bronchique. Dans l'une et l'autre affection, la toux est quinteuse, plus ou moins longue et accompagnée de phénomènes asphyxiques ou tout au moins congestifs.

Pourtant, dans la coqueluche, les quintes sont mieux rythmées ; ce sont des efforts d'expiration, saccadés, séparés par une inspiration bruyante qui revient tous les cinq à six coups, et qui se terminent par une expectoration de mucosités et d'aliments. Le nombre des quintes caractéristiques est sensiblement plus fréquent la nuit.

Dans l'adénopathie, les quintes sont analogues, mais non absolument identiques. Elles apparaissent plutôt le matin et le soir, ou à l'occasion d'un effort, du chant, de la course, mais ne sont pas plus fréquentes la nuit. La toux est quinteuse, sans être caractérisée surtout par des secousses expulsives, et enfin il est exceptionnel d'entendre la reprise bruyante qui sépare les séries de toux de la coqueluche. Puis il existe une plus grande variété dans les signes de la toux de l'adénopathie bronchique. Tout en restant quinteuse, elle présente le même jour ou dans le même laps de temps tantôt une sécheresse excessive, tantôt une tendance aux spasmes et à la suffocation. Parfois, le timbre en est rauque, éteint ; d'autres fois, il est strident, aigu. Chez certains enfants, la toux est grasse, catarrhale, longue et tout à la fois suffocante. En un mot, il n'y a pas une uniformité de rythme établi comme dans la coqueluche.

Les circonstances de contagion, de vie commune, contribueront à fixer les termes du diagnostic, parfois vraiment embarrassant. Cette difficulté est encore accrue par l'existence, dans l'une et l'autre maladie, de ganglions bronchiques aisément reconnus à l'auscultation de la région scapulo-vertébrale. C'est ce qui avait porté certains auteurs à considérer la coqueluche comme une expression des ganglions trachéo-bronchiques, confondant en cela l'effet avec la cause, car les ganglions ne sont que le résultat de la bronchite coquelu-

dans le 101e fauteuil. Ainsi Rabuteau, enlevé prématurément, et qui avait eu le mérite de se tracer une voie non battue dans laquelle il a marché sûrement et fructueusement.

Un autre médecin d'une génération antérieure et des plus méritants vient de mourir, à l'âge de soixante-dix-huit ans, dans son pays natal, où il avait passé presque toute sa vie. Prosper Yvaren, d'Avignon, lettré autant que savant, versificateur en même temps que praticien, spirituel et à la fois érudit, Yvaren aurait occupé une place brillante ailleurs qu'en sa province. Docteur de la Faculté de Paris, il avait pris pour sujet de thèse l'inflammation articulaire des premières vertèbres cervicales ; en 1854, il publia un livre remarquable et remarqué, les *Métamorphoses de la syphilis*, dans lequel il a exposé de curieuses recherches sur les maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent.

En 1873, il donnait une esquisse de statistique médicale sur Avignon. En 1858, il avait publié une traduction des « Epidémies et éphémérides » de Baillou (avec une introduction et des notes) ; déjà, en 1847, il avait traduit le poème de Fracastor, mais il l'avait traduit en vers français et non dépourvus d'élégance. Car, nous l'avons déjà dit, Yvaren était un lettré, à telles enseignes qu'il a traduit encore en vers les odes d'Anacréon et les « Bucoliques » de Virgile (en 1853). Cette variété d'aptitudes, Yvaren l'a surtout déployée dans ses *Entretiens d'un vieux médecin sur l'hygiène et la morale* (1882), où on entrevoit en plus un humoriste, ainsi que dans ses *Glanes de médecine ramassées en terre de Provence*, et qui sont, je crois, le testament littéraire de l'auteur (Avignon, 1884).

Quel nécrologe que notre feuilleton d'aujourd'hui. Et cependant que de questions mériteraient d'attirer notre attention ! Voici que plus que jamais la création d'un ordre de médecins est à l'ordre du jour. Nous applaudissons de tout cœur aux efforts tentés dans ce but, ces efforts resteraient-ils infructueux. D'autre part, des syndicats se forment de part et d'autre qui réclament un droit à l'existence qu'on leur conteste.

Des Caisses de retraite, de secours, d'assistance mutuelle, se fondent ou se développent ? Quels que soient les résultats immédiats de ces diverses tentatives, aboutiraient-elles même à un avortement

cheuse. Ils sont d'autant plus gros que l'inflammation est plus étendue chez un enfant très lymphatique. La loi générale de l'engorgement ganglionnaire n'est pas plus violée ici que sur les autres points du corps.

La période spasmodique de la coqueluche dure un mois, six semaines, puis la toux diminue, perd de ses caractères, et on entre dans la troisième étape de cette affection.

La toux coqueluchoïde de l'adénopathie non seulement n'a pas un rythme aussi franc, une fréquence plus grande la nuit que le jour, mais encore elle ne s'amoindrit pas aussi graduellement comme la toux de la coqueluche. Ainsi, elle peut être très intense, très violente pendant huit à dix jours, puis cesser brusquement, pour se montrer de nouveau après un laps de temps considérable, suivant les conditions de l'hygiène de l'enfant.

Une bronchite se déclare-t-elle, l'atmosphère devient-elle subitement humide et froide, les ganglions se tuméfient, les nerfs du voisinage en subissent le contre-coup, et la toux quinteuse coqueluchoïde se montre pour durer autant que l'inflammation trachéo-bronchique. Les oscillations des quintes de la coqueluche présentent bien aussi cette mobilité, mais elles finissent au bout de deux mois par disparaître.

A la troisième période de la coqueluche, les signes de l'adénopathie et de la coqueluche sont analogues. Dans l'un et l'autre cas, toux coqueluchoïde presque sans reprise hruyante et sans vomissement (1). L'angle scapulo-huméral fournit les mêmes souffles, mais on peut dire, d'une manière générale, que l'emphysème est plus constant et plus étendu dans la coqueluche. Cela tient aux efforts répétés des quintes de coqueluche. Pourtant, ce signe ne suffirait pas à lui seul à trancher la question. J'ai souvent constaté, chez les enfants, des bronchites chroniques compliquées d'emphysème pulmonaire très étendu et d'adénopathie hronchique.

Reste l'histoire de la maladie, les renseignements puisés sur la contagiosité, sur son évolution d'abord, sa période fébrile, puis spasmodique, et enfin catarrhale et emphysémateuse, qui d'ailleurs peut-être longue et en quelque sorte se perpétuer; autant de faits précis qui échapperont à la marche irrégulière de l'adénopathie hronchiqne.

Je dois vous prévenir aussi que cette adénopathie succédant aux trois périodes de la coqueluche avec le catarrhe de l'emphysème et subissant des alternatives inattendues de tuméfaction plus ou moins intense donne lieu à des quintes de toux coqueluchoïdes pendant quatre, cinq et même six mois après la coqueluche. Ces exacerbations, qui sont prises pour des rechutes de coqueluche, sont dues aux altérations consécutives à la maladie disparue. A cette époque, la contagion est épuisée, le principe morbifique est mort; ses lésions seules persistent et entretiennent par moment des quintes particulières qui en imposent à tort pour la vraie coqueluche.

4o *Phtisie pulmonaire chronique.* — Dans l'adénopathie hronchique comme dans cette espèce de phtisie pulmonaire, vous observerez une toux sèche, quinteuse, un retrait de la cage thoracique, un amaigrissement progressif avec sueurs nocturnes.

J'ai vu, après des coqueluches graves, ces symptômes se présenter avec un tel caractère de persistance et d'intensité que la première impression était toute en faveur de la tuberculose.

Autrefois, il faut l'avouer, la question ne serait pas restée une minute en suspens, par la honne raison que la région supérieure de la poitrine révèle des signes stéthoscopiques anormaux. Je vais vous mettre en mesure de sortir d'embarras dans le plus grand nombre des cas.

Dans la phtisie pulmonaire, il est une question de siège qui prime toutes les autres. C'est dans la fosse sus-épineuse et sous les clavicules, souvent en ligne croisée, diagonale, que se rencontre à leur maximnm les signes suivants : apnée, expiration prolongée, soufflante, souffle vrai, rude ou caverneux, caverneux, le tout entremêlé de craquements, de gargouillement plus ou moins accusés.

Dans l'adénopathie, c'est vers la région comprise entre le scapulum et la colonne vertébrale, au niveau de la troisième vertèbre dorsale, qu'on pent constater nn souffle, tantôt comparable au souffle tubaire, tantôt à un souffle plus large, parfois recouvert du murmure respiratoire, de râles sibilants.

Dans le point soufflant, il n'est pas rare de constater de l'apnée légère, mais on ne perçoit point la crépitation fine de

(1) L'existence ou non des vomissements n'a pas une valeur absolue, puisque la compression, l'irritation des pneumo-gastriques, ont pu produire des vomissements abondants dans l'adénopathie tuberculeuse et même simple.

complet, le fait seul de leur éclosion, de leur apparition, dénote une sorte de réveil parmi les membres de notre corporation, une sorte de manifestation d'une vie nouvelle répondant au besoin de relever la profession médicale en élaguant les membres indignes, en rappelant à de meilleurs sentiments les membres égarés et en groupant en une même famille des confrères destinés à s'entendre et à s'entr'aider.

***

Les dernières élections législatives ont cette fois encore envoyé à la Chambre des députés un nombre considérable de nos confrères. S'ils savaient un peu oublier leurs habitudes de *politiciens*, quels services ils pourraient rendre, non seulement aux médecins, mais aussi, et surtout, à la santé publique et aux conditions d'existence de bon nombre de leurs administrés ! Et à quel meilleur acte politique pourrait-il attacher son nom, celui qui parviendrait à faire disparaître de notre pays des choses horribles comme celle dont un médecin de Lyon, M. V. Augagneur, nous dévoilait l'existence, dans un article émouvant intitulé l'*Atelier-Bagne* (1). Il s'agit des apprenties tisseuses, ourdisseuses, et principalement des devideuses. Ces pauvres filles arrivent à Lyon à l'âge de 12 ou 13 ans, de la Savoie ou des Alpes, « quelques-unes proviennent du Piémont et de la haute Italie, amenées de leur pays par quelqu'une de leurs compatriotes, propriétaire d'un atelier de devidage ou d'ourdissage. Elles sont liées à leur maîtresse par un contrat souvent signé par les parents et qui les met à sa disposition.. . Les apprenties devideuses se mettent souvent an travail à cinq heures du matin ; en temps ordinaire, elles ne se couchent qu'à dix heures du soir. Cette journée, de dix-sept heures, n'est interrompue que trois fois : un quart d'heure à huit heures du matin ; une demi-heure à midi, et à huit heures du soir, pour prendre les repas. Elles ne sortent à peu près jamais pendant la semaine. Le dimanche, il arrive souvent qu'elles travaillent jnsqn'à midi ou deux heures du soir. Pour acheter cette liberté d'une demi-journée, si le travail presse, on prolonge quelquefois la veillée jusqu'à minuit ou une heure du matin. »

La nourriture est absolument insuffisante. Il est des ateliers dans lesquels on ne boit jamais de vin. Dans d'autres, on ne mange de la viande que le dimanche. Partout les légumes et la soupe sont le

(1) LYON MÉDICAL, t. L, p. 196.

la pneumonie en résolution, ni les craquements secs ou humides d'une fonte tuberculeuse. A mesure qu'on s'éloigne de la région du hile pour se rapprocher de la fosse sus-épineuse, les signes s'amoindrissent, à l'inverse de la phtisie pulmonaire, où ils sont le plus développés.

La percussion fournit des renseignements précieux et faciles à recueillir dans la phtisie. La minceur des parois thoraciques permet de constater aisément de la matité tout à fait au sommet, en avant et en arrière de la poitrine.

Il n'en est plus de même dans l'adénopathie bronchique. Les ganglions logés le long de grosses bronches, ou perdus dans la racine du poumon qui les recouvre, sont moins accessibles, à moins d'être énormes, par les recherches plessimétriques.

Si la phtisie pulmonaire donne naissance, ce qui est fréquent, chez les enfants surtout, à des engorgements ganglionnaires, vous trouverez réunis les signes d'induration, de ramollissement dans le sommet, et les signes de souffle à l'angle scapulo-vertébral. Cependant, il faut vous attendre à voir ces derniers masqués par les lésions envahissantes et descendantes du poumon. Vous les soupçonnerez alors, ou vous serez en droit d'invoquer leur présence si l'enfant, phtisique, tourmenté par une toux impérieuse, quinteuse, coqueluchoïde, est en même temps frappé d'accès d'asthme, d'oppression non explicables par l'étendue des lésions pulmonaires. Dans ces cas de phtisie des ganglions bronchiques, vous pourrez observer la paralysie des cordes vocales, le cornage, les vomissements incoercibles, les compressions les plus diverses des organes centraux des médiastins.

Vous avez vu dans notre salle Sainte-Thérèse une fillette de 8 ans en offrir un très bel exemple. Nous observions, à quelque temps de là, une autre enfant atteinte de mal de Pott, en proie à du cornage, une toux rauque et des accès d'oppression extraordinaire, et chez laquelle nous avons trouvé à l'autopsie un abcès sénile de la région supérieure de la colonne vertébrale, mais en même temps des ganglions médiastinaux, caséeux, énormes, dépendant de la carie vertébrale, et qui comprimaient la trachée et ses divisions. C'est dans ces cas de phtisie de ganglions bronchiques qu'il vous sera donné de parcourir la symptomatologie fondée sur l'anatomie pathologique la plus variée et en rapport avec le volume des ganglions tuméfiés et la physiologie des organes comprimés.

La compression des récurrents et des pneumogastriques produira la raucité, l'extinction de la voix, le cornage, ainsi que la toux quinteuse coqueluchoïde et parfois de vomissements incoercibles. Certains enfants seront en même temps, par suite des lésions des plexus cardio-pulmonaires, atteints d'accès d'asthme, d'angine de poitrine, de palpitations douloureuses, en même temps qu'ils se plaindront, s'ils sont déjà grandets, de sensation de constriction intérieure. On voit la compression de la veine-cave supérieure entraîner la cyanose et l'œdème du cou, de la face, de la tête, et celle des vaisseaux du hile produire dans le poumon ou dans le cœur des tensions vasculaires que vous comprenez.

Il n'est pas jusqu'à l'œsophage qui ne puisse être gêné dans ses fonctions.

La compression des tubes aériens peut être portée à un tel degré que certains départements du poumon sont frappés d'apnée, ne recevant plus les courants atmosphériques qui déplissent les aréoles du poumon.

Enfin, j'ai vu un cas d'adénie, d'un volume considérable, qui, s'étendant en chapelet du cou au médiastin, refoulait le cœur et comprimait à la fois tous les organes intra-thoraciques.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Métrite interne chez une vierge ; métrorrhagies incoercibles. — Injection intra-utérine de perchlorure de fer. — Guérison, par P. Dalché, interne des hôpitaux.

La nommée Vel..., âgée de 15 ans, entre le 27 février 1885 salle Sainte-Martine, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian.

Cette jeune fille, d'assez chétive apparence, a eu une enfance maladive.

Réglée à l'âge de 13 ans et demi, sans difficultés, elle a eu pendant trois mois une menstruation normale et sans douleur. Mais, à partir du quatrième mois, les règles se sont montrées plus rapprochées et plus abondantes, revenant toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours. Depuis un an surtout, elles ne laissent entre elles que de courts intervalles, si bien que la malade est presque toujours dans le sang ; cependant, elle n'a jamais éprouvé de douleurs.

---

fonds de l'alimentation. Pendant l'été, la salade est un mets quotidien pour ces réunions de jeunes filles, privées d'appétit comme tous les surmenés. Les lits sont placés dans une soupente à laquelle on accède par une échelle. Cette soupente est située dans l'atelier même. Les lits se joignent presque ; il est difficile de s'asseoir sans heurter les plafonds de la tête. La plupart du temps, deux apprenties couchent dans le même lit. Pendant l'hiver, après une journée de dix-sept heures, cinq ou six jeunes filles vont dormir dans cet atelier, dont les fenêtres n'ont pas été ouvertes depuis le matin, à cause du froid. En résumé, excès d'un travail fatigant, nourriture insuffisante, hygiène déplorable. Les conséquences d'une telle existence ne tardent pas à se produire. Des désordres de toutes sortes se montrent. La fatigue, la nourriture insuffisante, la vie dans un air confiné déterminent une chlorose intense.

La promiscuité qui s'exerce surtout par la communauté des lits, expose à toutes les contagions. La tuberculose est un danger perpétuel dans ces conditions. Aussi, à Lyon, la proportion des phthisiques est-elle supérieure à celle de toutes les autres villes de France et de l'étranger. A l'hôpital de la Croix-Rousse, la mortalité relevée pendant cinq ans montre qu'un tiers des morts est dû à la phthisie. Cette maladie frappe les ouvriers tisseurs, et principalement les *tisseuses* et les *devideuses*.

Vous vous demandez, ajoute M. Augagneur, quels sont les patrons indignes, coupables d'une telle exploitation de leurs ouvriers ? Ce ne sont pas des capitalistes. Ce sont eux-mêmes des ouvriers travaillant avec leurs apprentis et vivant un peu de la même vie. La *patronne* a été *apprentisse* autrefois, et trouve naturel de faire souffrir à la génération qui la suit ce qu'elle a souffert de la génération qui l'a précédée. Elle est aimée de ses victimes qui ne se doutent guère qu'on puisse être plus heureuses, car ces ouvrières ne se plaignent pas ; elles sont très jeunes, démoralisées, et ne sauraient à qui porter leurs doléances. Les législateurs ont commis une erreur énorme en ne portant leur attention que sur les grandes usines. Ce n'est pas là que les excès se commettent ; les témoins sont trop nombreux, le travail trop régulier : les martyrs du travail, ce sont ces malheureuses groupées par deux ou trois, appartenant comme une bête de somme à leur maîtresse, restant nuit et jour sous sa domination, et sans cesse exploitées par sa cupidité. Pourquoi ne pas donner vis-à-vis des patrons, aux chambres syndicales, au conseil des prud'hommes, à l'inspection du travail, des droits

Elle a vainement consulté plusieurs médecins de la ville. Entrée dans le service de M. Vulpian, on lui prescrit de l'ergotine, et, le 6 mars, on la fait passer dans le service de M. Gallard, salle Sainte-Marie, n° 1.

6 mars 1885. — Cette jeune fille est amaigrie, pâle; ses muqueuses sont décolorées, et on entend un bruit de souffle à la base du cœur. On constate qu'elle est vierge.

Toucher. — L'utérus est volumineux, un peu incliné en avant, et l'orifice du col est assez large pour permettre l'introduction de la première phalange de l'index. La lèvre antérieure est rugueuse, ulcérée, saillante, et cette proéminence pourrait en imposer au premier abord pour un petit polype.

Au spéculum, on voit l'ulcération se prolonger dans l'intérieur du canal cervical. Le col est assez gros; il mesure 28 millimètres dans le diamètre antéro postérieur, 29 millimètres dans le diamètre latéral. L'hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, pénètre à une profondeur de 7 centimètres.

M. Gallard badigeonne avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer tout le col et la partie inférieure de la cavité utérine; il prescrit en outre des irrigations d'eau froide et des pilules d'ergotine et de fer.

14 mars. — Les métrorrhagies persistent; on fait un nouveau badigeonnage de perchlorure de fer.

Le 18 mars, les pertes s'arrêtent, mais reprennent le 21 mars et durent jusqu'au 1er avril, jour où l'on fait un troisième badigeonnage de perchlorure de fer.

Le 4 avril. — Comme le sang coule encore, on prescrit 0 gr. 50 centigr. d'infusion de poudre de feuilles de digitale.

Le 8 avril. — On cesse la digitale, et devant la persistance de la métrorrhagie, M. Gallard pratique une injection intra-utérine de perchlorure de fer, suivant le procédé décrit plus bas.

24 avril. — Depuis l'injection de perchlorure de fer, les pertes se sont arrêtées, et la malade veut sortir de l'hôpital. — Elle est venue nous voir pendant le mois de septembre; sa menstruation est parfaitement régulière; elle a repris de l'embonpoint et des forces.

Les partisans des métrorrhagies essentielles, idiopathiques, ne sauraient certes pas invoquer notre observation à l'appui de leur thèse. Les renseignements fournis par l'examen de la matrice révélaient suffisamment une altération de l'organe; l'utérus était gros, lourd; l'orifice du col, entr'ouvert, admettait facilement la première phalange du doigt explorateur, et le cathétérisme permettait à l'hystéromètre de pénétrer jusqu'à 7 centimètres. Sous l'influence d'un état pathologique, l'utérus avait donc augmenté de volume, quoique notre malade fût vierge?

Dans le livre de Bennett, on trouve déjà décrite la métrite des filles vierges. — Cet état pathologique était l'inflammation de la muqueuse, sans que le parenchyme eût été touché d'une façon égale. La métrorrhagie est le symptôme capital de la métrite interne, elle alterne avec une sécrétion purulente ou puriforme. — Cette affection ne manque pas d'une certaine gravité, car les faits suivis de mort ne sont pas extrêmement rares; dans tous les cas, des pertes longues et répétées ont une influence néfaste sur la santé des malades.

Aussi le traitement est-il d'une grande importance. Ici, on trouve en présence deux doctrines complètement opposées; l'une préconisant l'action de la chaleur, l'autre celle du froid. — La chaleur paraît réussir dans tous les cas où l'hémorrhagie est symptomatique d'une inflammation du système génital interne, phlegmasie péri-utérine, par exemple, etc... — Mais dans le cas d'inflammation de la muqueuse, le froid agit plus vite et plus sûrement. On prescrit des injections à 18 ou 20°, des bains de siège frais et des injections avec l'eau du bain, enfin des irrigations froides d'une demi-heure. Sous l'influence de cette thérapeutique, la maladie cède quelquefois. Si elle persiste, on peut avoir recours, comme chez notre malade, à la digitale seule ou associée à l'ergotine.

Enfin, si l'amélioration ne s'établit pas, une intervention locale devient nécessaire; mais, avant d'en arriver à l'injection intra-utérine, on peut commencer par introduire assez profondément dans la cavité un pinceau à aquarelle imbibé de perchlorure de fer à 30°.

On a dit que le liquide de l'injection pouvait refluer à travers les trompes et tomber de là dans le péritoine; les expériences de Richard d'Angers ont démontré que c'est là une crainte illusoire. Cependant, l'injection intra-utérine doit être faite avec circonspection. M. Gallard emploie une seringue en verre graduée qui permet de reconnaître la quantité de liquide injecté, et une sonde en gomme assez molle dont le calibre est beaucoup moindre que le diamètre de l'isthme utérin qu'elle doit traverser. Cette condition de petit calibre de la sonde est très importante, car le liquide injecté peut revenir facilement autour de la sonde lorsque la cavité utérine est pleine. On peut aussi mesurer la capacité de cette cavité en injectant d'abord de l'eau tiède et en observant le moment où elle re-

---

analogues à ceux du Conseil départemental de l'instruction publique vis-à-vis des chefs d'institutions libres?

Cette autorité nouvelle interdirait à telle patronne connue par son immoralité le droit d'avoir des apprenties. Tel local serait déclaré inhabitable, tel autre ne devrait contenir qu'un nombre fixe d'individus. Les soupentes dans les ateliers seraient proscrites; chaque apprentie devrait avoir son lit, etc., etc.

« C'est tout un système nouveau à créer, dit en terminant M. Augagneur. La chose est assez importante pour occuper ceux qui ont charge de réglementer les questions sociales. » Espérons que nos nouveaux députés travailleront à résoudre de pareilles questions. Nous les applaudissons à l'avance.

D^r Peter-Paul Somans.

Hospice général de Tours. — La Commission administrative donne avis qu'un concours sera ouvert le lundi 3 mai 1886, à l'hospice général de Tours, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil. — La durée des fonctions des médecins-adjoints est de six ans.

— La même Commission administrative donne également avis qu'un second concours sera ouvert le lundi 17 mai 1886, à l'hospice général de Tours, pour deux places de chirurgien-adjoint à l'hôpital civil. — La durée des fonctions des chirurgiens-adjoints est de six ans.

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 5 avril 1886.

— Par décret, en date du 20 novembre 1885, M. Paulet, ancien professeur d'anatomie et de pharmacie de Lyon est nommé professeur honoraire.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 20 novembre 1885, M. le médecin principal de première classe Weber a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Villemin; admis dans la section de retraite.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 21 novembre 1885, M. Vincent, médecin de première classe, a été promu au grade de médecin principal.

vient autour de la sonde; on fait de la sorte un petit lavage et on connaît la quantité de perchlorure de fer nécessaire pour que toutes les parties de la muqueuse soient cautérisées. Il est bien entendu que l'on doit appliquer au début le spéculum. A la suite, la malade peut avoir quelques coliques peu fréquentes, peu douloureuses, et quelquefois, comme dans notre observation, une seule injection suffit pour amener la guérison définitive.

L'injection a sur l'application des caustiques solides cette supériorité que son action s'étend sur la totalité de la muqueuse, tandis que celle des porte-caustiques est limitée en un point relativement petit. On a conseillé d'associer le caustique à une pommade, mais il est à craindre que ce corps demi-solide, une fois introduit, la matrice ne s'en débarrasse par une sorte d'accouchement.

Il est enfin des cas où tous ces moyens sont impuissants à arrêter les métrorrhagies, et, en dernier lieu, il faudra pratiquer le curage de la cavité utérine suivant la méthode de Récamier.

REVUE CRITIQUE

LA MÉTHODE PASTORIENNE ET LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE. — DE QUELQUES-UNES DE LEURS APPLICATIONS EN CHIRURGIE ET EN MÉDECINE, EN PARTICULIER DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA MORBUS, par M. MAURICE NOTTA.

Suite et fin. — Voir les numéros 44, 45, 46, 47 et 48.

VI

Arrivé au terme de cette étude, nous voyons que le microbe a fait son chemin bon gré mal gré, et qu'il est impossible de nier la grandeur des découvertes de M. Pasteur. Mais quelles que soient dans l'avenir les conséquences des doctrines pastoriennes, il serait absolument puéril de croire qu'elles arriveront à supprimer la maladie. Les maladies microbiennes ne disparaîtront pas plus du cadre de la pathologie humaine que n'a disparu la variole, depuis la découverte de la vaccine. Sans nier qu'il faille combattre les microbes directement, et qu'on puisse le faire sans nuire au malade, nous croyons cependant que les moyens de la vieille médecine clinique demeurent encore nécessaires en face du microbe lui-même. A l'ancienne doctrine qui disait: « la maladie est en nous, elle provient de nous, elle se fait par nous », certains esprits trop ardents voudraient opposer cette formule qui leur paraît définitive: « La maladie vient du dehors, elle est toujours due à des microbes. » La vérité ne nous paraît pas devoir être cherchée dans ces deux opinions extrêmes, et la doctrine de l'hétéro-infection, comme celle de l'auto-infection, ne nous semblent pas plus l'une que l'autre devoir être acceptées d'une façon exclusive; car elles ne peuvent suffire à expliquer à elles seules toutes les maladies. Ainsi le microbe, qui est partout menaçant, ne pénètre pas partout et n'est même pas nuisible partout où il pénètre! C'est que le malade est bien différent de l'animal mis en expérience, et possède en lui un élément qui joue un grand rôle dans la pathogénie de sa maladie, facteur capital que les expérimentateurs laissent trop souvent de côté: c'est sa constitution même, son organisme. Prenons une maladie parasitaire quelconque: l'organisme lutte contre l'agent infectieux qui le pénètre, et dans certains cas lutte avec succès. N'est-il pas fréquent de voir des inoculations de maladies manifestement infectieuses rester stériles suivant les individus sur lesquels elles sont faites? La diphtérie n'atteint pas tous les individus en contact avec les diphtériques; et, parmi tous les individus mordus par un même chien hydrophobe, plus d'un n'échappera à l'inoculation du virus rabique. M. Reclus, l'un des agrégés les plus distingués, cite dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE une de ses jeunes clientes de vingt-trois ans, vaccinée depuis sa naissance *infructueusement dix-neuf fois* de toutes les manières et par tous les procédés. Il existe donc des individus *réfractaires* à tel ou tel virus, à telle ou telle maladie, et pourtant ces exceptions ne permettent pas de conclure à la non contagion possible des différentes affections manifestement transmissibles.

Comment alors expliquer ces différences, si ce n'est par l'état de *réceptivité*, de *prédisposition* de l'organisme de tel individu, qui n'est pas le même que celui de tel autre? Aucun élément pathogène, organisé ou non, disait M. Lœwenthal dans une conférence faite à Lausanne cette année « ne peut produire son effet, la maladie, dans l'organisme humain, *sans y trouver un sol propice à son développement ou à son action* ». Le premier possède pour ainsi dire un milieu de culture favorable et devient apte à contracter la maladie; le second, dont l'organisme ne présente pas de point faible, de *pars minoris resistentiæ*, s'oppose au développement de l'agent infectieux. Dans certains cas même, le virus infectieux peut pénétrer dans l'organisme et y rester à l'état latent, c'est-à-dire ne donner lieu à aucun symptôme, ne révéler sa présence par aucun trouble de la santé; mais qu'un incident parfois léger, qu'une cause de débilitation survienne, l'état de réceptivité est créé, et le virus révélera tout à coup sa présence, pouvant tantôt se localiser, tantôt se généraliser, envahir peu à peu, infecter l'individu et entraîner sa mort par ses manifestations multiples. Il est donc nécessaire de tenir un grand compte de l'état de l'organisme inoculé, et c'est ce qui permet de comprendre comment tout être vivant, constamment plongé dans un milieu bacillifère, peut continuer à vivre, comment tout homme vivant au milieu d'un foyer infecté et infectant n'est pas forcément atteint par la contagion. En résumé, la réaction de l'organisme variable avec chaque individu, voilà précisément ce qui distingue la clinique de la médecine expérimentale. Un exemple le fera mieux comprendre: piquez en un certain point le plancher du quatrième ventricule dans le cerveau d'un animal, vous le rendrez glycosurique; piquez au-dessus, vous le rendrez albuminurique; ailleurs, vous déterminerez des accidents épileptiformes; mais jamais vous ne pourrez produire artificiellement, expérimentalement, un diabétique, un brightique, un épileptique. La maladie communiquée artificiellement à un sujet sain ne sera jamais identique à la maladie contractée par un organisme prédisposé. Le médecin a donc à tenir compte d'un facteur et d'un facteur capital — dont n'a pas à s'occuper le physiologiste, et plus l'organisme est parfait, comme celui de l'homme, plus la difficulté est grande, parce que les organes sont plus nombreux, plus sensibles, plus faciles à détériorer.

Ainsi, les animaux les plus simples, ceux qui, par exemple, se composent d'une poche unique munie d'un seul orifice, présentent une grande force de résistance et ne seraient pas détruits par les microbes dont l'influence nocive est manifeste et souvent mortelle pour l'être humain. Pour me servir d'une

comparaison, — dont je dois rapporter toute l'originalité à un maître aussi respecté qu'érudit, — il en est de notre organisme et de celui des animaux comme d'une montre de Genève et d'un coucou de campagne : le mouvement de la montre sera dérangé par une secousse trop brusque, par un grain de poussière; l'autre ne sera nullement impressionné par un choc violent ni par une chute élevée; il n'en marchera que mieux. Plus l'organisme appartient à un animal supérieur (et celui de l'homme est le plus parfait) plus il est sensible à la maladie, au microbe qui, jouant le rôle du grain de poussière, commence par abîmer les rouages et finit par arrêter le mouvement. Les microbes eux-mêmes, ces infiniments petits, présentent une vitalité bien supérieure à la nôtre; plus leur état est rudimentaire, imparfait, plus leur vitalité est grande; et l'on serait effrayé de penser que certains germes peuvent supporter impunément une pression de 560 atmosphères et une température de 120 degrés au-dessous de zéro, si l'on ne croyait pas que notre organisme, par sa perfection même, est capable de lutter victorieusement contre ces agents infectieux qui ne peuvent agir que le jour où il ne réagit plus!

Si nous insistons un peu longuement sur le rôle de l'organisme dans la pathogénie des maladies parasitaires, c'est qu'il faut savoir résister à l'entraînement, au charme de la médecine expérimentale dans l'intérêt même du malade. Les résultats des travaux de laboratoire sont absolument différents des observations d'une saine clinique; l'étude expérimentale, l'étude du microbe, constitue une étude analytique, et ce qui fait justement sa valeur fait, pour le médecin, son insuffisance. « Le médecin ne choisit pas son problème, a dit avec raison M. le professeur Peter, il le subit; la maladie ne se présente à lui que sous une forme synthétique, le malade; il est obligé de s'occuper de tout l'être morbide; il ne peut, comme le chimiste, le physicien, le physiologiste, reproduire à son gré le phénomène pour le mieux étudier sous toutes ses faces, il ne peut renouveler ses expériences. » Aussi, malgré l'importance de la notion du microbe dans l'étude des affections parasitaires, le médecin devra toujours tenir grand compte de la complexité d'un organisme qui réagit en vertu de sa spontanéité propre et imprime à la maladie un cachet spécial, lui donnant toujours une forme intéressante, toujours nouvelle et assez variable pour qu'on ait pu dire : « Il n'y pas seulement des maladies, il y a surtout des malades! » C'est à cette condition seulement que se réalisera cette pensée d'un savant médecin de Saint-Louis, M. Hallopeau : « Ce n'est pas un problème insoluble de tuer l'agent infectieux sans nuire au malade. » Tel est aussi le vœu de tous ceux qui marchent avec le progrès et saluent dans les découvertes nouvelles un avenir encore mystérieux, mais, en réalité, plein de promesses!

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants, par H. Cazin.— Asselin et Houzeau. Paris, 1885.

Depuis quelques années, l'hygiène infantile, la protection des enfants, l'étude des moyens de lutte contre la scrofule et ses terribles conséquences, fixent l'attention des économistes, des philantropes et des médecins.

L'Académie de médecine, suivant cette voie, mettait au concours en 1884, pour le prix Capuron, la question : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.*

L'ouvrage couronné que nous analysons est du au docteur Cazin qui, placé depuis de longues années au milieu d'une immense population de scrofuleux, sur la plage de Berck-sur-mer, a pu suivre et étudier avec une rare compétence l'action de la mer sur la marche, l'évolution et le traitement de toutes les formes de la scrofule.

M. Cazin s'est efforcé, en traitant son sujet, de fournir des preuves convaincantes de *la réalité* de l'action des bains de mer, de l'air marin, etc., sur la scrofule, preuves basées sur un ensemble de statistiques résumant plus de quarante mille cas de scrofule soignés à la mer (41,783).

Dans une première partie, l'auteur expose l'historique de la question, la bibliographie, les données physiques et chimiques sur la mer et l'air marin, étudiées sous le rapport de leur action physiologique et de leur puissance thérapeutique sur la scrofule.

Ce chapitre contient de précieux renseignements sur l'influence de l'air marin, sur l'emploi de l'eau de mer à l'extérieur : bain froid, bain chaud, douches; sur l'emploi de l'eau de mer à l'intérieur, sur le choix d'une plage.

M. Cazin analyse ensuite l'influence de la thalassothérapie sur les diverses manifestations de la scrofule; il insiste sur la nécessité de placer les scrofuleux, et surtout les scrofuleux héréditaires, dans un milieu régénérateur.

Dans les chapitres suivants, l'auteur étudie l'influence du traitement marin sur les diverses manifestations de la scrofule.

On trouve résumée dans ces pages la pratique de M. Cazin dans les engorgements ganglionnaires, les ostéites, le mal de Pott, les arthropathies, la coxalgie, etc., et nous regrettons de ne pouvoir citer ici les appareils, les opérations chirurgicales que l'expérience a montrées les plus efficaces. Des considérations importantes sont données sur l'état viscéral des jeunes scrofuleux. On est frappé, à la lecture des observations, de l'efficacité du traitement chirurgical local, avec tous ses perfectionnements actuels, dans un grand nombre de cas où l'état général paraissait contre-indiquer toute intervention. C'est là un des grands bénéfices du traitement marin, que l'on ne saurait trop faire ressortir, de *préparer* les malades aux opérations nécessaires.

De nombreux tableaux statistiques ont été dressés avec une grande patience par le docteur Cazin. Ces statistiques présentent, à notre avis, le défaut de toutes les statistiques, et, malgré leur rigueur apparente, elles ne fournissent que quelques renseignements sur la marche de la scrofule chez les enfants hospitalisés au bord de la mer. Elles ne nous éclairent qu'insuffisamment sur l'étude des conséquences éloignées de la scrofule. Les enfants, en effet, ne séjournent pas assez longtemps à Berck, ils sont perdus de vue à leur sortie de l'hôpital et tel, considéré comme à peu près guéri, vient mourir quelque temps après dans un de nos hôpitaux d'enfants. Malgré cela, les cas observés par l'auteur sont si nombreux que la lecture des faits exposés permet de reconnaître *que le traitement marin a une influence éminemment salutaire sur la marche de la scrofule.* C'est aujourd'hui un point hors de toute contestation et que l'ouvrage du docteur Cazin contribuera à établir plus solidement encore.

D'après M. Cazin, le traitement marin a :

1° Une action physiologique, la réaction du bain;

2o Une action médicamenteuse, l'absorption des sels par la peau et la respiration;

3o Une action hygiénique, la respiration de l'air pur par excellence.

Les eaux chlorurées sodiques auraient, d'après l'auteur, une action à peu près égale à celle du traitement marin court (30 jours). Le traitement marin prolongé a une influence plus profonde, plus durable. L'auteur voudrait que les scrofuleux prolongent, dans un grand nombre de cas, leur séjour au bord de la mer.

Dans une deuxième partie très développée, M. Cazin décrit presque tous les hôpitaux maritimes étrangers; il signale les résultats importants obtenus en Angleterre, en Hollande, en Belgique, en Danemarck, en Autriche, en Russie, en Amérique.

De cette œuvre considérable de M. Cazin, il ressort plusieurs faits importants :

Les preuves irrécusables de l'efficacité du traitement marin sur la scrofule;

La *nécessité* de créer des maisons d'éducation au bord de la mer pour un grand nombre d'enfants auxquels le séjour des villes est funeste et la vie de collège interdite, suivant l'exemple si heureusement donné par le collège Stanislas, qui a une succursale à Cannes;

L'*obligation* d'augmenter en France le nombre des hôpitaux maritimes pour les enfants;

L'Assistance, la charité publique devraient proposer la création de nouveaux hôpitaux maritimes.

(Les hôpitaux maritimes sont actuellement insuffisants pour la population de Paris; les scrofuleux *de province* sont à peu près complètement négligés, et cependant quelle quantité de malades des départements pourraient bénéficier du traitement marin!)

Le gouvernement devrait aussi s'intéresser à ces questions, car, comme l'a dit Uffelmann, « agir ainsi, c'est contribuer à la prospérité, non seulement des individus, mais encore, dans une large proportion, au bien des communes et au bien de l'État. »

P. Renard.

NOTES & INFORMATIONS

Laïcisation des hôpitaux. — Une pétition, signée de la très grande majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, vient d'être adressée à M. le ministre de l'intérieur, pour demander le maintien des religieuses dans les services hospitaliers auxquelles elles sont attachées.

Les signataires de cette pétition, faisant abstraction de toute question politique ou religieuse, n'ont en vue, suivant leurs propres expressions, que « l'intérêt des malades qui sont confiés à leurs soins, aussi bien que l'intérêt du bon ordre et de la tenue des hôpitaux et hospices de la ville de Paris. »

— L'anesthésie et les dentistes. — Un jugement du tribunal correctionnel de la Seine vient de régler la jurisprudence en ce qui concerne l'anesthésie par les dentistes.

L'un des dentistes de Paris qui pratiquaient le plus l'anesthésie par le protoxyde d'azote a eu le malheur de perdre un client sous l'influence de cette anesthésie, et, poursuivi par la partie civile, a été condamné à 3,000 fr. de dommages-intérêts et 600 fr. d'amende. Le dentiste en question n'était ni docteur, ni même officier de santé. Entre autres considérants, le jugement contient les suivants :

« Attendu, d'un autre côté, que si, parmi les opérations chirurgicales, l'extraction d'une dent doit être considérée comme une opération généralement sans importance et qui, exigeant seulement une certaine habileté de main, peut, sans danger, être confiée à un dentiste quelconque, même non diplômé, il n'en est pas ainsi quand cette opération est accompagnée d'anesthésie;

« Que, dans ce dernier cas, et d'après l'avis des experts, elle appartient sans conteste à la catégorie des grandes opérations;

« Qu'à ce titre, aux termes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, les officiers de santé et à plus forte raison les dentistes qui ne possèdent aucun grade, n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur;

« Qu'il en résulte encore qu'une telle opération est une contravention à l'article 35 de la même loi, qui interdit d'exercer la médecine et la chirurgie sans diplôme;

« Qu'une contravention de ce genre, quand elle occasionne la mort ou des blessures, devient l'un des éléments du délit prévu par l'article 319 du Code pénal, ce qui est précisément le délit reproché au prévenu.... »

Ainsi tout dentiste non diplômé ou ayant le simple grade d'officier de santé, ne peut pratiquer l'anesthésie sans se faire assister d'un docteur en médecine; faute de quoi il s'expose à être poursuivi pour exercice illégal de la médecine et, en cas d'accident, à encourir la pénalité édictée par l'article 319 du Code pénal (homicide par imprudence).

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE

Henri Bouley.

M. Henri-Marie Bouley, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, professeur au Muséum d'histoire naturelle, inspecteur général des écoles vétérinaires, membre du comité consultatif d'hygiène, etc., est mort à Paris le 30 novembre dernier, à l'âge de soixante-et-onze ans, après de longues souffrances.

M. Henri Bouley était le fils de Jean-François Bouley, de Montbard, qui, de simple maréchal-ferrant, était parvenu lui-même, grâce à son travail et à son honorabilité, à une position élevée dans la médecine vétérinaire, si bien qu'il fut élu membre de l'Académie de médecine dès 1823. Ce n'est pas sans de grandes difficultés qu'une section spéciale avait été réservée à l'art vétérinaire, lors de la fondation de l'Académie, et c'est à l'amitié de Dupuytren pour un spécialiste, Dupuy, que les vétérinaires doivent leur entrée dans la Compagnie. Personne n'eut à se repentir de cette innovation, et Huzard père, les Girard, Dupuy, Barthélemy, les Bouley, ont pris une part réelle aux travaux de l'Académie. Henri Bouley était le frère d'un médecin distingué qui se tint longtemps éloigné de la vie active; mais ceux qui l'ont connu ont conservé un véritable culte à sa mémoire, et dans son éloge de Claude Bernard, Jean Bouley a fourni à M. le secrétaire perpétuel Béclard un passage plein de sentiment et de finesse.

Henri Bouley, comme son père, fut élève de l'École d'Alfort.

Entré dans cette Ecole en 1836, il y fut successivement chef de service en 1837, professeur-adjoint en 1839 et professeur titulaire en 1845. Doué d'une très grande activité, d'un esprit sagace et observateur, il prit en 1837 la direction du *Recueil de médecine vétérinaire*, l'organe le plus important de la profession, et il y donna un grand nombre de mémoires sur les diverses maladies du cheval, sur la contagion de la morve, sur le *horse-pox*, travail vraiment original, sur la peste bovine, etc. Après son *Traité de l'organisation du pied du cheval*, publié en 1851, et sa *Péripneumonie épizootique du bétail*, il fut nommé « membre de l'Académie de médecine » en 1855, et il la présida en 1877, intervenant presque toujours heureusement dans les grandes discussions sur la méthode sous-cutanée, la thoracentèse, les vivisections, la vaccine, la rage, improvisant avec facilité et défendant avec une grande habileté et une conviction sincère les travaux de son savant collègue M. Pasteur. Nommé inspecteur général des Ecoles vétérinaires en 1866, membre de l'Institut en 1868, il présidait cette année l'Académie des sciences. Enfin, la nature de ses fonctions l'appela souvent comme chargé de missions tant en France qu'à l'étranger, et il a rendu de très grands services par toutes les améliorations dont il a été l'instigateur. Nommé en 1880 professeur au Muséum en remplacement de Claude Bernard, sa chaire ayant pris le nom de pathologie comparée, H. Bouley y fit quelques leçons remarquées et publiées en 1882.

Henri Bouley était infatigable ; il a collaboré d'une manière active à tous les dictionnaires spéciaux parus depuis quarante ans ; il faisait partie de toutes les commissions officielles, donnait une grande partie de son temps à la Société centrale de médecine vétérinaire, dont il était le secrétaire général depuis une trentaine d'années, et aimant tout ce qui concerne l'instruction populaire, il présidait annuellement bon nombre d'associations modestes, où son éloquence toujours spirituelle et sa bonne humeur lui attiraient de légitimes succès.

Henri Bouley sera regretté comme homme de science ; il le sera aussi en raison de sa parfaite obligeance et de son aménité.

Ses obsèques ont eu lieu le mercredi 2 décembre, au milieu d'une assistance nombreuse. Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe. Nous citerons ceux de MM. Hervé-Mangon, au nom de l'Institut; Leblanc, au nom de l'Académie de médecine ; Milne-Edwards, au nom du Muséum; Brouardel, au nom du Comité d'hygiène; Goubaux, au nom de l'Ecole d'Alfort; Sanson, au nom de la Société de médecine vétérinaire. D^r A. DOREAU.

Cette notice nécrologique était composée quand nous avons reçu de notre collaborateur M. Albert Robin les lignes suivantes, hommage ému de sa reconnaissance et comme de sa piété filiale envers le savant dont il était l'ami.

—Henri Bouley est mort le 1^{er} décembre, à l'âge de soixante-et-onze ans, après une douloureuse maladie contre laquelle il a vigoureusement lutté pendant quatre années, sans cesser un seul jour de remplir les devoirs des situations élevées qu'il occupait. Il était arrivé aux plus grands honneurs et il les méritait tous. Il a tenu dans la science française une place considérable ; c'était un homme d'avant-garde, plein de foi dans l'avenir, toujours prêt à défendre la vérité, quelle qu'elle fût et d'où qu'elle vînt, ouvert à tous les nobles enthousiasmes qu'il savait encourager en les partageant. Quand M. Pasteur fit dans les choses de la médecine la retentissante révolution qui vient d'ébranler si profondément les bases du vieil édifice doctrinal, Henri Bouley fut son plus énergique appui ; il prit fait et cause pour la science nouvelle, et partout, dans son cours, dans son journal, aux Académies, il lutta victorieusement contre les détracteurs du Maître. Il avait vu du premier coup d'œil l'immense avenir de la microbiologie : elle lui donnait le secret longtemps cherché et toujours mystérieux des maladies infectieuses et transmissibles ; et puis, c'était la méthode expérimentale associée à l'antique observation qui allait éclairer les obscurités de la contagion et de la vaccination !

Et dans son amour de la vérité et du progrès, il avait voulu que l'enseignement de la chaire de pathologie comparée du Muséum fût consacré à la glorification et à la vulgarisation de cette science dont on peut dire aujourd'hui qu'il a été l'un des fondateurs. Il s'attacha à démontrer le progrès en médecine par l'expérimentation et la nature vivante de la contagion, avec un succès qui rappela les beaux jours du professeur d'Alfort.

Quand M. Pasteur prit la rage pour objet de ses recherches, Henri Bouley suivit ardemment les progrès de ses recherches, et lorsque, dans une séance mémorable, l'Académie des sciences entendit l'annonce de la découverte qui domptait enfin l'ennemi jusqu'alors indompté, Henri Bouley voulut présider à cet événement historique, quoi qu'il se sentît déjà mortellement atteint. Et sa volonté galvanisa ses forces défaillantes ; il monta au fauteuil de la présidence, et l'on peut dire que c'est encore sous son égide que la prophylaxie de la rage a fait son entrée dans la médecine.

Le nom de ce lutteur infatigable est mêlé à toutes les grandes questions qui se sont agitées dans les quarante dernières années. Partout il a apporté le charme convaincant de sa parole, la vigueur de sa dialectique, la netteté de son argumentation. Nul mieux que lui n'a su trouver le point faible de son adversaire et n'a frappé plus fort et plus juste, tout en restant sur une habile défensive ; cette vigueur dans l'attaque, cette habileté sur la défense, sont l'un des traits les plus saillants de son éloquence qui, dans les tournois les plus violents, a toujours su rester d'une courtoisie d'ancien régime.

Henri Bouley avait des qualités de cœur bien rares aujourd'hui. Il accueillait les jeunes et il aimait la jeunesse. Nul ne saurait dire combien d'espoirs il a relevés, combien de défaillants il a encouragés ! Le savant était doublé d'un homme si bon, si généreux, d'une sensibilité et d'une délicatesse si exquises qu'on ne pouvait l'approcher sans se dévouer à lui, et que sa mort laisse, dans le cœur désespéré de ceux qui l'aimaient, un vide éternel que rien ne saurait jamais combler. Albert ROBIN.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Thévenet, décédé le 30 novembre.

***

RECOMPENSES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient, par arrêté du 26 novembre, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France pendant l'année 1884 :

Prix. — Le prix, de la valeur de 1500 francs, est partagé entre: M^{me} Bauduin, sage-femme à Vannes ; M. le docteur Jules Besnier, à Paris, et M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rappels de prix. — M. le docteur Commenge à Paris, et M. le docteur Serrut, médecin-major.

Médailles d'or. — M. le médecin-major de première classe Millet, à Caen; MM. les médecins-majors de deuxième classe Bassompierre, à Evreux, et Carivenc, à Morlaix; M. Poggi, instituteur à Ersa (Corse).

Médailles d'argent à nombre de docteurs, d'officiers de santé et de sages-femmes.

***

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — *Bureau pour l'année 1886.*

Président, M. Letourneau ; — premier vice-président, M. Magitot ; — deuxième vice-président, M. Pozzi ; — secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle ; — secrétaires annuels, MM. Hervé et Manouvrier ; — conservateur des collections, M. Chudzinski ; — archiviste, M. Dally ; — trésorier, M. De Ranse. — Commission de publication : MM. Mathias Duval, Dureau et Lagneau.

— Les maquettes et bustes des trois lauréats de la première épreuve pour la statue de Paul Broca seront exposés, du 11 au 15 décembre inclusivement, au musée Broca, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (au-dessus du musée Dupuytren), de midi à trois heures.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — M. le docteur Dbourdin est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. le docteur Pojolat est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. le docteur Berthaux est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Un congé, pour raison de santé, est accordé, sur sa demande, à M. Charcellay, professeur de clinique interne.

M. Sainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne pendant la durée du congé accordé à M. Charcellay.

***

COURS DU COLLÈGE DE FRANCE. — *Chimie organique.* — M. Berthelot traitera de la thermo-chimie les lundis, vendredis, à dix heures et demie.

Histoire naturelle.—M. Marey, M. François-Franck remplaçant, circulation du sang dans le cerveau, les lundis, vendredis, à quatre heures et demie.

Embryogénie comparée. — M. Balbiani, génération et développement des mammifères, les mardis, samedis, à une heure et demi.

Anatomie générale. — M. Ranvier, M. Malassez remplaçant, sang, lymphe et voies circulatoires, les mardis, jeudis, à quatre heures.

***

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE (Loire).—L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) prévient que le lundi 7 juin 1886 un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1500 francs par an. La durée de ses fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser, pour les conditions particulières, au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, 40.

***

LÉGION D'HONNEUR.—Ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Zuber, médecin-major de première classe ; M. Lecomte, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Roberdeau, Desmons, Lasserre, Comte, Follenfant ; M. le médecin aide-major de première classe, Dauphin ; Mme Laroche, en religion sœur Marie de la Croix, supérieure des sœurs de l'ambulance d'Haïphong ; M. Géraud, médecin de première classe de la marine.

***

LEÇONS CLINIQUES. — M. le docteur Lancereaux, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 9 décembre, à neuf heures et demie du matin, amphithéâtre no 3, et les continuera les mercredis suivants. Le vendredi, clinique au lit du malade.

***

ECHOS DU PALAIS. — En 1874, dit la GAZETTE DES TRIBUNAUX, M. Coirre, pharmacien à Paris, eut l'idée d'exploiter, comme produit pharmaceutique, la farine de gruau d'avoine, et la présenta au public, comme destinée à l'alimentation des enfants en bas âge, pour suppléer aux allaitements insuffisants et aider au sevrage : il donna à ce produit le nom de *farine Morton.*

Ce produit obtint rapidement une notoriété relativement importante, et, en 1876, M. Hugot, droguiste à Paris, en acquit l'exploitation.

Hugot mourut, et de sa succession deux parts furent faites : la maison de droguerie fut vendue à M. Carmouche, et, séparément, la farine Morton, à MM. Piot frères, autres droguistes.

Pourquoi M. Coirre avait-il baptisé sa farine du nom de Morton ? Parce que Morton est un nom bien frappé, qui sonne bien à l'oreille, de nature à se graver promptement dans les circonvolutions du souvenir.

Pour ces raisons, il fut adopté et fit fortune. Et cependant il a failli devenir funeste au produit qu'il patronnait d'abord.

MM. Piot frères ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'ils n'étaient pas seuls vendeurs de *farine Morton*. Ils purent se convaincre que M. Carmouche vendait, lui aussi, un produit similaire, sous le même nom, et dans des boîtes semblables, avec imitation des étiquettes déposées par M. Coirre, et plus tard par eux-mêmes au tribunal de commerce de la Seine. De là, procès : action intentée à Carmouche, à l'effet d'obtenir des dommages-intérêts, et la cessation d'un commerce déloyal.

M. Carmouche riposte et soutient que non seulement il a le droit de vendre de la farine Morton, mais encore qu'il est seul fondé à vendre un produit de ce nom, comme dépositaire d'un Morton vivant et authentique, marchand de comestibles à Londres et producteur de farine d'avoine. La Cour vit comparaître en effet un M. J.-T. Morton, de Londres, qui répondait à ce signalement ; ce négociant vint plaider son droit de vendre ou faire vendre une farine de son nom, et demanda en outre que défense fût faite à un autre de se servir de son nom.

L'artifice était trop évident : les juges n'eurent aucune peine à reconnaître que le traité d'association, intervenu entre M. Carmouche et le Morton qu'il avait découvert en Angleterre, était postérieur de beaucoup à l'acte de propriété de MM. Piot frères.

Il devint manifeste aussi que le fait de trafiquer d'une marchandise similaire à celle vendue par les successeurs légitimes de Hugot et de Coirre, sous une dénomination identique et en imitant leurs prospectus et l'aspect extérieur de leurs boîtes, la couleur et le contexte de leurs étiquettes, constituait un acte de concurrence déloyale.

En conséquence, M. Carmouche a été :

1° Condamné à des dommages-intérêts et aux dépens envers MM. Piot frères ;

2° Interdiction lui est faite d'employer les mots de *farine Morton*, autrement que selon la formule qui figure sur les étiquettes de J.-T. Morton en Angleterre, c'est-à-dire : farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres ou d'Aberdeen, à son choix.

Comme on le voit, la Cour s'est appliquée à bien différencier les deux produits, afin qu'il ne puisse pas y avoir de confusion possible : farine Morton, d'une part, et farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres, d'autre part.

Il y a lieu de supposer que M. Coirre, en choisissant à sa progéniture pharmaceutique, dans le calendrier des noms de fantaisie, le nom sonore de Morton, ne se doutait pas que ce patron pût susciter de pareilles difficultés à ses successeurs. On ne pense pas à tout.

Et nunc erudimini, si vous voulez prescrire de la véritable farine Morton.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 22 AU SAMEDI 28 NOVEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 30. — Variole 3. — Rougeole 19. — Scarlatine 6. — Coqueluche 5. — Diphtérie, croup 45. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 9. — Infections puerpérales 5. — Autres

affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 31. — Phthisie pulmonaire 184. — Autres tuberculoses 35. — Autres affections générales 77. — Malformation et débilité des âges extrêmes 53. — Bronchite aiguë 25 — Pneumonie 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 33. — au sein et mixte 25. — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 105. — de l'appareil circulatoire 69. — de l'appareil respiratoire 74. — de l'appareil digestif 50 — de l'appareil génito-urinaire 26. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 4. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 7. — Total de la semaine : 1035 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Note sur un cas de pneumonie double, traitée avec succès par la pilocarpine, par MM H. Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon, et Jules Fochier, interne des hôpitaux de Lyon. — Lyon, Association typographique.

De la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées, rapport présenté à l'administration des chemins de fer de l'Etat, par M. le docteur Paul Redard. — Paris, O. Doin, éditeur.

Nature et traitement de la chorée, par le docteur Th. Saric. — Paris, aux bureaux du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes.

Notice historique sur l'ancienne corporation des chirurgiens, dite confrérie de Saint-Côme, par le docteur Dauchez. — Emile Lechevalier, 39, quai des Grands-Augustins.

Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine, par le docteur Pierre Parisot, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. — Nancy, Berger-Levrault.

Manuel des injections sous-cutanées, par M. Bourneville, médecin de Bicêtre, et M. Bricon. — Paris, librairie du « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Causeries scientifiques, découvertes et inventions, progrès de la science et de l'industrie, par M. Henri de Parville (1883-1884). — Paris, J. Rotschild, éditeur.

Rapport annuel du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Reims (année 1884), par M. le docteur Langlet, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur suppléant à l'Ecole de médecine. — Reims, Matot-Braine, imprimeur-éditeur, 6, rue du Cadran-Saint-Pierre.

De l'hydro-pneumo-péricarde par ulcère rond de l'estomac, par M. le docteur Pierre Parisot, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. — Nancy, Berger-Levrault.

VA PARAITRE :

(1886) *Annuaire médical et pharmaceutique de la France* du docteur Félix Roubaud, et *Almanach général de médecine et de pharmacie* de « l'Union médicale » (réunis). — 38e et 55e année. — Prix : 4 fr. — Cet ouvrage, entièrement refait avec les plus grands soins et à l'aide de documents officiels les plus récents, présentera désormais toute l'exactitude possible et pourra être consulté avec sécurité. — On souscrit d'avance à l'administration, 21, rue de la Monnaie, à Paris.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

56e année. 7e série. Tome II. N° 50 12 DÉCEMBRE 1885

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'OPÉRATION D'ESTLANDER. — Leçon de M. le docteur KIRMISSON, professeur agrégé, suppléant M. le professeur LE FORT à l'hôpital Necker, recueillie par M. le docteur E. DESNOS, ancien interne des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir le numéro précédent.

Sans vouloir refaire ici l'historique complet de cette opération, je tiens à vous rappeler que c'est à Estlander, chirurgien d'Helsingfors, qu'on attribue généralement l'honneur de l'avoir, sinon pratiquée le premier, du moins d'en avoir posé les indications. En effet, d'autres chirurgiens, Roser, Simon, en avaient conçu le plan. Gayet (de Lyon) a fait une réclamation à cesujet; mais c'est certainement Létiévant (de Lyon) qui a le premier réséqué plusieurs segments de côtes pour arrêter une hémorrhagie secondaire du poumon après un empyème, et depuis, de propos délibéré, il a renouvelé plusieurs fois cette tentative. Je n'ai pas à entrer dans le débat, mais il faut reconnaître qu'Estlander a nettement précisé le but qu'on doit se proposer dans une résection costale et qu'il en a posé les indications le premier.

Depuis ce temps, cette opération a été faite d'abord par Weiss (de Nancy), puis par Bœckel (de Strasbourg) et plusieurs autres chirurgiens. A Paris, c'est surtout mon collègue et ami Bouilly qui s'en est fait le propagateur. A son exemple, d'autres, encouragés par ses premiers succès, ont renouvelé sa tentative en 1883. M. Berger a pu, dans un rapport fait à la Société de chirurgie, rassembler 26 opérations de résection costale qui ont donné 10 cas de guérison et 5 améliorations. Cette statistique, qui donnait 40 % environ de guérisons, était satisfaisante; on pouvait conclure, avec M. Berger, que c'était là une bonne opération en faveur de laquelle on était en droit de dire qu'elle n'avait jamais été mortelle. Sans doute la terminaison avait été quelquefois fatale à une date plus ou moins éloignée, mais dans aucun cas la mort n'était due à l'intervention elle-même; on n'avait pas eu d'accident opératoire.

Il fallut bientôt en rabattre, et les revers ne tardèrent pas à arriver; ils se succédèrent pendant l'année 1884 et se produisirent entre les mains de MM. Berger, Bouilly, Périer, Ehrmann (de Mulhouse); enfin d'autres cas malheureux ont été publiés çà et là. Tous ont été réunis dans la thèse de M. Cormack récemment (1885) soutenue à la Faculté de Paris. L'auteur a réuni 41 observations de résection costale, mais le chiffre des guérisons est resté le même que lors du rapport de M. Berger. Les résultats de ces 41 cas sont les suivants :

Guérisons	10
Presque guéris	10
Améliorations sensibles	8
Stationnaires	3
Morts	10

La proportion s'est sensiblement modifiée, et on ne compte plus que 25 % de guérisons. Ce résultat n'a rien qui doive étonner, et on pouvait s'y attendre; les sujets auxquels on s'adresse sont en général des malades épuisés depuis plus ou moins longtemps par la suppuration; souvent ils sont tuberculeux : le terrain sur lequel on se trouve est donc défectueux. De plus, une résection costale de quelque étendue rentre au premier rang des grandes opérations et ne saurait être exempte des dangers qui leur sont inhérents. Il s'agit donc là d'une intervention des plus sérieuses, et on ne doit pas oublier que le quart seulement des opérés a guéri jusqu'à présent.

D'ailleurs, dans l'état actuel des choses, il est impossible de formuler une opinion rigoureusement exacte. Les termes mêmes dont se sont servi les personnes qui ont relevé les statistiques en sont une preuve; les mots de guérison *presque complète, amélioration, état stationnaire*, n'indiquent rien de précis. Pour le moment, on ne peut donc établir la valeur réelle de la résection costale, telle que l'a pratiquée Estlander, et on doit avoir présent à l'esprit le grave inconvénient qu'elle a de donner un grand nombre d'insuccès relatifs. Est-on mieux en mesure aujourd'hui d'en poser nettement les indications et les contre-indications? La même incertitude se retrouve ici. Doit-on, par exemple, opérer les tuberculeux? Oui et non. Si l'on constate des tubercules dans les deux poumons, l'abstention s'imposera. Si, à côté du poumon correspondant à la plèvre malade, l'autre poumon n'offre pas de signes de tuberculose ou des signes d'une néoplasie très peu avancée, vous pourrez opérer sans crainte; dans ces cas encore, intervenez si la cavité est petite et non si elle est grande. C'est là une question de détails à examiner, et vous voyez qu'il n'est pas possible d'établir une règle générale.

Je ne veux pas cependant vous laisser dans le vague, et, théoriquement tout au moins, il est des conditions qu'il faut trouver réunies avant de tenter une résection des côtes. On ne peut, en effet, espérer la guérison que lorsqu'on a lieu de supposer que l'accollement des deux feuillets de la plèvre pourra se faire. Chez un malade porteur d'une fistule pleurale, l'inflexion latérale du thorax aura fatalement lieu si on abandonne les malades à eux-mêmes. Ce travail pathologique a pour effet de diminuer la capacité de la cavité suppurante;

mais, à mesure que les arcs costaux se rapprochent les uns des autres, ils finissent par arriver au contact; le travail dont la nature est capable se trouve borné là : presque toujours il est incomplet et il reste un vide entre la paroi osseuse et le poumon. On a dit qu'en enlevant les arcs costaux le feuillet pariétal arriverait à s'accoler au feuillet pulmonaire. Ce fait est exact, mais pour cela il y a une condition essentielle, c'est que le poumon puisse faire quelque chose de son côté et qu'il vienne au devant du feuillet pleural libéré. Si on passe outre et si on resèque sans que cela soit possible, on n'aura qu'un effet momentané. La condition dont je vous parlais est donc, en résumé, la suivante : le poumon doit avoir conservé assez de vitalité pour pouvoir s'amplifier; s'il est réduit à une petite masse aplatie et appliquée contre la colonne vertébrale, si, depuis longtemps, les vésicules ne se laissent plus distendre et si aucun murmure n'est perçu par l'oreille, on aura beau enlever la plus large étendue des côtes, jamais on n'obtiendra que la plèvre costale exécute à elle seule un mouvement de retrait suffisant pour s'accoler au vestige du poumon. Aussi, avant de songer à opérer, doit-on faire un examen des plus minutieux de la cavité pleurale; c'est avec un instrument métallique que vous l'explorerez, et je n'en connais pas de mieux approprié à ce genre de recherches qu'une bougie Béniqué. En recourbant l'instrument, vous connaîtrez la largeur, la profondeur de la cavité, bien mieux qu'en y poussant des injections qui ne vous donneront que des renseignements incertains. Je suis persuadé que c'est pour avoir négligé une exploration aussi attentive que nombre de chirurgiens ont opéré dans de mauvaises conditions et ont eu des succès incomplets.

Je résume ainsi les indications de la résection costale : la suppuration ne doit pas avoir trop affaibli le malade ni amené de désordres organiques qui soient de nature à compromettre l'issue de l'opération. Le poumon du côté opposé ne doit pas présenter de signes de tuberculose; le poumon du côté malade doit pouvoir s'amplifier facilement; la cavité ne doit pas être trop vaste.

Ces conditions réunies, vous serez autorisés à opérer. Pour cela, plusieurs procédés ont été proposés. M. Bouilly taille un grand lambeau en forme d'U, à convexité inférieure, qu'il dissèque et qu'il relève pour mettre les côtes à nu. Estlander fait une série d'incisions horizontales superposées, parallèles aux côtes, et assez étendues pour que chacune d'elles lui permette de réséquer deux arcs costaux. M. Trélat pratique une incision qui a la forme de deux T placés bout à bout, incision verticale limitée à ses extrémités par deux incisions horizontales. Il peut ainsi mettre à nu une très large surface. C'est ce procédé que je vais employer tout à l'heure : l'incision verticale portera un peu en avant de la ligne axillaire et me laissera découvrir une étendue considérable de la paroi, surtout dans le sens vertical. C'est là ce que je dois rechercher, puisque c'est en hauteur que s'étend le trajet fistuleux. Le sacrifice d'un grand nombre de côtes sera nécessaire; j'aurai à réséquer la troisième certainement, et peut-être aussi la seconde. Mais, quoi que je rencontre pendant l'opération, je n'irai pas au-delà, malgré l'exemple des chirurgiens qui ont sectionné la première côte et même la clavicule. Ce sont là, à mon avis, des délabrements trop considérables pour que notre malade puisse les supporter ou en retirer un bénéfice.

Ce prolongement, si considérable en hauteur, constitue le côté fâcheux du pronostic à porter aujourd'hui. L'état général est bon : le malade n'est pas tuberculeux; il tousse peu. Enfin la cavité a notablement diminué d'étendue et surtout de capacité. Voilà un ensemble satisfaisant qui m'autorise à faire une nouvelle tentative, et je suis convaincu que le malade a pour lui les chances les plus sérieuses de guérison.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

De l'adénopathie trachéo-bronchique, conférence par le docteur Jules Simon.

Suite. — Voir les numéros 45, 46, 47, 48 et 49.

La relation de tous ces faits est traitée de main de maître au chapitre de la phtisie bronchique par Rilliet et Barthez, et c'est encore là que vous serez heureux d'en suivre la savante exposition. Je ne veux pas m'y étendre davantage dans cette conférence qui a surtout pour objet l'étude des adénopathies simples, congestives, inflammatoires, aiguës ou chroniques, simulant les maladies de poitrine les plus graves et la phtisie au premier chef.

Étant donné un *bruit de cornage*, ou une *cyanose*, un *œdème de la face*, à quelles affections devons-nous songer? L'adénopathie bronchique tuberculeuse doit-elle seule entrer en ligne de compte?

Le *bruit de cornage* peut dépendre d'une affection du larynx (spasme, paralysie, polypes, œdème, etc.).

1o Le *spasme laryngé*. — Il est des laryngites plus ou moins vives avec tuméfaction considérable de la muqueuse, hypersécrétion de la glotte et de la région sus-glottique, qui donnent lieu, chez les jeunes enfants, non plus seulement à un accès de faux croup, mais à un bruit laryngé très intense accompagné de tirage persistant.

2o D'autres fois, le cornage doit être rapporté à une *paralysie de la glotte* par lésion des nerfs récurrents. Chez l'enfant, l'adénopathie bronchique peut atteindre un tel degré de développement, que, même sans être tuberculeuse, elle amène ce fâcheux résultat. Le fait est moins rare dans la phtisie des ganglions bronchiques, mais je l'ai vu, dans l'adénopathie simple, suivie, il est vrai, de guérison. Je vous ai cité cette observation au début de cette conférence.

3o En commençant ces études sur le diagnostic, je vous ai relaté l'histoire d'un papillome du larynx pris pour une adénopathie, pour le croup. Les *polypes* du larynx doivent être sur le même plan que les causes précédentes.

4o Il en est de même de l'*œdème* de la glotte et du *croup* qui peuvent produire des bruits laryngés énormes.

Non seulement, dans tous ces cas, vous devrez recueillir avec soin les commémoratifs (date, début), mais vous n'oublierez jamais, après l'examen direct de la poitrine, de pratiquer l'inspection du larynx avec le miroir.

5o Il m'est arrivé de porter un jour un diagnostic fort intéressant dans un cas de cornage revenant par accès. Après m'être précédemment accusé d'une erreur, vous me pardonnerez de rappeler ce cas rare tout à mon honneur.

Un jeune enfant, qui m'avait été présenté à mon cabinet pour une bronchite, fut pris peu de temps après d'accès de cornage produisant une telle asphyxie que les médecins appelés à le secourir jugèrent opportun l'opération de la trachéotomie. Pendant le temps de la consultation, des préparatifs

de explications de tout genre, une accalmie survient, et l'opération est projetée remise à plus tard. La famille, effrayée, quitta sur l'heure la province, débarqua à Paris et m'appela. Je remarquai que l'enfant était atteint d'un tirage permanent, et on m'assura que les accès de suffocation et de cornage revenaient de préférence à une certaine heure de l'après-midi et de la nuit. Je m'assurai personnellement de la véracité de cette périodicité, puis je provoquai une consultation avec Krishaber, qui inspecta le larynx et ne put rien découvrir d'apparent. Fort de cette notion et du retour à peu près régulier des accès de cornage, je fis une enquête au point de vue de la fièvre intermittente qui, je dois l'avouer, ne me servit à rien, alors que je savais pertinemment que le miasme palustre infestait la ville que l'enfant habitait. Néanmoins je donnai du sulfate de quinine à cet enfant et, après quelques tâtonnements, j'atteignis une dose efficace et les accès de cornage cessèrent complètement. Il y a plus de deux ans que cette heureuse intervention a eu lieu, et l'enfant, grâce toutefois à des prises d'arsenic et de quinine, et de quinium, se porte à merveille. Je l'ai su par des amis communs, et je l'ai revu dans mon cabinet.

C'était donc *un accès de fièvre intermittente* caractérisé par un spasme de la partie supérieure des voies aériennes.

Ainsi le cornage fera naître l'idée d'un obstacle laryngé, d'un spasme ou d'une paralysie de la glotte, dont vous aurez à préciser la nature. L'obstacle laryngé peut être un œdème, une fausse membrane ou des polypes.

Le cornage a quelquefois son point de départ dans la trachée. Après la trachéotomie, on le séjour prolongé des canules, des cicatrices, des saillies fongueuses de la trachée peuvent le produire. Enfin des abcès rétro-pharyngiens, des ganglions post-sternaux, des goîtres volumineux en sont aussi parfois la seule cause. Je vous ai signalé de temps à autre des faits semblables et je vous ai montré tout dernièrement un abcès rétro-pharyngien dont l'ouverture, pratiquée sous vos yeux, a de suite donné issue au pus, et fait cesser des accidents terribles d'asphyxie qu'on avait pris pour ceux du croup. La tuméfaction et l'aspect pultacé des amygdales avaient trompé un de nos confrères, très excusable en ce cas qu'il avait été appelé à émettre son opinion dans des conditions déplorables d'éclairage et d'installation.

Chez l'enfant, les altérations du thymus suppuré, et les énormes ganglions bronchiques, ont été vus comprimant les bronches principales au point de rétrécir leur calibre d'une manière extraordinaire et de donner lieu à un sifflement profond qui se propageait à distance.

Cette énumération des causes du cornage laryngé, trachéal, bronchique, vous donne la clef de ce diagnostic, fort sujet à caution. Je n'y ai pas compris les maladies des adultes, l'anévrysme de la crosse de l'aorte, que vous devrez avoir présents à l'esprit quand vous appliquerez ces caractères différentiels au malade ayant atteint l'âge mur. Mais, par contre, je tiens à vous rassurer sur le pronostic des adénopathies simples, même avec un grand appareil symptomatique, même avec de la dyspnée, des accès de suffocation, même après une longue durée, avec un ensemble de symptômes qui en imposent pour de la consomption tuberculeuse. Le nombre de cas sérieux que j'ai vus guérir dans ces conditions est aujourd'hui fort considérable, et cela à tout âge et dans tous les milieux.

Il se passe pour ces engorgements aigus ou chroniques de la poitrine ce que vous observez aisément pour les hypertrophies ganglionnaires des autres régions, du cou, ou du pli de l'aine, par exemple. Sans hygiène, sans traitement local et général, ils peuvent persister un temps fort long. Dans le cas contraire, leur résolution est à peu près certaine.

La cyanose et la bouffissure de la face ne sont pas l'apanage de la coqueluche ni des affections cardiaques. La symptomatologie de l'adénopathie bronchique vous a prouvé qu'on les rencontrait fréquemment dans cette affection. La marche de la coqueluche, le caractère spécial des vraies quintes et l'auscultation du cœur vous tireront d'embarras.

Pronostic. — Envisagée d'une manière générale, l'adénopathie bronchique entraîne un pronostic très variable, cela se conçoit, suivant la nature de l'engorgement (simple, inflammatoire, aigu, chronique, tuberculeux), suivant le siège et le degré des compressions et des irritations locales.

Il va de soi que la fonte tuberculeuse et que la suppuration des glandes trachéo-bronchiques comporte naturellement le pronostic le plus grave.

Je vous ai assuré que l'adénopathie simple, au contraire, se présentait avec des éléments de pronostic bien moins sérieux. On peut redouter la longueur, la prolongation des symptômes, mais on doit espérer la guérison, même dans les cas en apparence les plus sérieux. Pourtant, chez les tous jeunes enfants, et surtout chez les enfants à la mamelle, c'est là une complication fâcheuse. Non toujours fatale, elle comporte plus de réserve en raison des conditions de débilité, d'étiologie et de susceptibilité des voies respiratoires des trop jeunes bébés.

(A suivre.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

ÉLOGE DE F.-E. RENAUDIN, par le docteur ANT. RITTI. Paris, Octave Doin, 1884.

Suivant une heureuse tradition, presque générale dans les grandes compagnies scientifiques, la Société médico-psychologique de Paris honore ses morts illustres en faisant prononcer leur éloge en séance solennelle, par son secrétaire général. C'est à ce titre que M. le docteur Ant. Ritti a été appelé en 1884 à faire le panégyrique de Renaudin, aliéniste éminent, mais surtout organisateur d'asiles incomparable. Déjà, l'année précédente, M. Ritti nous avait donné un excellent éloge de Marcé, le jeune et brillant maître dont la fin si tragique laissa un si grand vide dans la science; aujourd'hui, dans son éloge de Renaudin, M. Ritti montre des qualités vraiment remarquables de biographe et d'écrivain.

Après avoir pris Renaudin à ses débuts et avoir indiqué l'influence qu'eût sur lui son maître Fodéré, enlevé si prématurément à la science, son biographe le suit à travers les vicissitudes de son existence scientifique et administrative si bien remplie, et analyse de la façon la plus judicieuse les nombreuses réformes accomplies par lui dans l'organisation et la direction des asiles d'aliénés, ainsi que ses travaux sur la folie, dont les principaux sont : l'ouvrage intitulé *Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*, et les *Commentaires médico-administratifs sur le service des aliénés*.

L'éloge de M. Ritti se termine par la phrase suivante, qui résume parfaitement en quelques lignes le caractère et l'œuvre de Renaudin.

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les

servir. » Cette belle maxime d'Esquirol, Renaudin en avait fait sa devise, et toute son existence la justifie. Il s'est dévoné à ces blessés de l'intelligence, parce qu'il les aimait. Sa vie fut utile. Grâce à des talents d'organisation de premier ordre, il attacha son nom à la reconstruction d'un de nos plus grands asiles; penseur non sans originalité, il a écrit des œuvres dont on peut contester certaine principes, mais qu'on ne lit pas sans fruit; enfin, fait non moins important, il a eu s'attacher des disciples fidèles qui ont conservé un culte pieux à sa mémoire. Est-il un homme de bien qui ne serait heureux de laisser après lui un pareil héritage. »

Rapport médical sur l'Asile public d'aliénés de Pau pour l'année 1884, par M. le docteur Girma, médecin-adjoint.

Dans ce rapport, court et intéressant, nons relevons les quelques particularités suivantes : sur 154 aliénés admis pendant l'année, il y a eu 17 paralytiques généraux, dont 16 hommes et une seule femme.

Deux épidémies d'érysipèle se sont produites à peu de distance l'une de l'autre, et ont été signalées par 24 cas, en général assez bénins. Contrairement à ce qui arrive parfois, le délire vésanique ne s'est jamais modifié; les malades ont eu peut-être une tendance plus marquée au calme, mais çà été là la seule modification constatée dans l'état mental.

M. Girma termine son rapport par un tableau synoptique des attaques d'épilepsie qui ont été relevées au jour le jour chez les malades de l'Asile. Ce tableau est suivi d'un examen comparatif des attaques survenues pendant les deux dernières exercices de 1883 et 1884 chez une série de malades n'ayant suivi aucun traitement la première année et soumis à l'usage du bromure de potassium dans la dernière. Cette étude est particulièrement instructive et vaut la peine d'être rapportée.

M. Girma a choisi un certain nombre d'épileptiques, soit ceux qui avaient un grand nombre d'attaques, eoit encore ceux dont l'intelligence était passablement conservée ou dont la maladie n'était pas trop ancienne, et il les a soumis à un traitement méthodique et suivi par le bromure de potassium. Le traitement a été le même pour tous indistinctement, et, pour en assurer plus facilement l'exécution, la dose quotidienne de bromure était de 2 grammes pour le premier mois, de 4 grammes pour le deuxieme, 6 pour le troisième, pour revenir, par une décroissance également progressive, à une dose primitive de 2 grammes, et ainsi de suite.

Les effets du traitement, d'une manière générale, semblent avoir été négatifs pour les hommes, car ils ont eu 46 attaques de plus; négatifs également du côté des femmes, car elles ont eu un total d'attaques supérieur de 106 à celui de 1883.

Sur 12 hommes bromurés, 9 ont eu plus d'attaques que pendant l'année qu'ils ont passée sans traitement. Trois seulement semblent en avoir retiré un certain bénéfice. On voit que, tout aussi bien, on pourrait incriminer la médication des manifestations plus nombreuses de la maladie chez les autres.

Du côté des femmes, même fait : 5 sur 8 ont eu plus d'attaques que l'année dernière. Les 3 autres en ont eu moins. Chez les hommes comme chez les femmes qui ont éprouvé une diminution dans le nombre des attaques, cette diminution s'est traduite par une différence à peine sensible, sauf chez une seule, qui, ayant eu 62 attaques en 1883, n'en a eu que 4 en 1884; en revanche, cette malade a été presque continuellement violente et agitée pendant cette dernière année.

En dehors de la fréquence, il y avait aussi à établir l'action du bromure sur la violence des attaques. Malheureusement, dit M. Girma, il ne nous est pas possible de bien préciser les résultats à ce point de vue, n'ayant été que fortuitement témoin des attaques, et les renseignements de l'entourage étant peu instructifs à cet égard. Tout au plus l'intensité des attaques paraît-elle avoir été affaiblie chez quelques malades.

« Que penser, ajoute l'auteur en terminant, du traitement que nous avons adopté et qui est classique? Certes la réputation de la médication bromurée n'est plus à faire, et nous ne pouvons songer à en contester l'efficacité, bien que l'expérience commencée ne eoit pas immédiatement encourageante.

« Ce traitement sera donc continué dane les mêmes conditions, et peut-être aurons-nous plns tard à constater de bons effets. »

En somme, il résulte des expérimentations, fort bien conduites par M. Girma, que vingt épileptiques non bromurés, qui avaient eu un total de 989 attaques en 1883, en ont eu 1,095 en 1884, année pendant laquelle ils ont été soumis à un traitement méthodique et continu par le bromure de potassium. Ces résultats nous paraissent avoir une signification aussi fâcheuse que précise, et s'ils venaient à être confirmés par de nouvelles observations, il n'est pas douteux qu'il faudrait en rabattre beaucoup sur le compte du bromure, qui déjà semble vaciller pas mal, semble-t-il, sur son piédestal.

Rapport administratif, moral et médical, sur l'Asile public d'aliénés de Chalons-sur-Marne pour l'année 1883, par le docteur Henry Bonnet.

Dans ce rapport, qui dépasse de beaucoup les proportions ordinaires de ce genre de publication, puisqu'il comprend 400 pages, l'auteur ne se borne pas à indiquer et à commenter les observations que lui suggère la situation médicale et morale de l'asile d'aliénés qu'il dirige, il développe en outre de nombreuses considérations, assurément fort intéressantes, sur plusieurs questions relatives à la médecine mentale, mais qui anraient mieux trouvé leur place dans un travail spécial.

Les résultats statistiques signalés par M. Bonnet dans l'asile de Châlons ne présentent rien de particulier et qui mérite d'être mentionné.

Ce volumineux rapport, fort bien écrit d'ailleurs, se termine par un chapitre spécial, consacré à l'étude des conditions pratiques du service des bains et de l'hydrothérapie dans un asile d'aliénés.

Forty-second annual report of the managers of the state lunatic Asylum at Utica for the year 1884. — (Albany, New-York, Beed, Parsons and C°, 1885.)

Il n'est pas sans intérêt de comparer les statistiques faites dans les différents pays sur les aliénés, et les rapports officiels publiés chaque année par les soins des médecins d'asiles contiennent, à cet égard, des renseignements précieux. Soit au point de vue quantitatif, soit au point de vue qualitatif, il en ressort clairement que les maladies mentales n'ont pas partout la même physionomie et qu'elles présentent parfois d'une façon très accusée des différences de terroir.

Nous signalerons donc les principales particularités contenues dans le 42e rapport annuel des administrateurs de l'asile des aliénés d'Utica, à New-York.

Le nombre des aliénés existant dans l'asile au 30 septembre 1883 était de 604, dont 304 hommes et 300 femmes. Du 30 septembre 1883 au 30 septembre 1884, l'asile a reçu

387 malades, dont 201 hommes et 186 femmes, ce qui donne, comme nombre total des aliénés traités dans l'année, 991, dont 505 hommes et 486 femmes. De ce nombre, 89 ont guéri (46 h. et 43 f.), 51 ont été améliorés (22 h., 29 f.), 177 n'ont subi aucune amélioration (78 h., 99 f.), 56 sont morts (39 h., 17 f.). Au 30 septembre 1884, il restait à l'asile 607 malades, dont 311 hommes et 296 femmes. Relativement à la forme d'aliénation mentale, les 387 malades admis dans l'année se répartissaient de la façon suivante : mélancolie, 127 (54 h., 73 f.); manie aiguë, 45 (21 h., 24 f.); manie subaiguë, 39 (19 h., 20 f.); manie chronique, 72 (37 h., 35 f.); manie périodique, 15 (2 h., 13 f.); démence, 33 (19 h., 14 f.); épilepsie avec démence, 6 (6 h.); épilepsie avec manie, 3 (3 h.); paralysie générale, 32 (27 h., 5 f.); non aliénés, 15 (13 h., 2 f.).

Il résulte de cette dernière statistique que la forme d'aliénation mentale de beaucoup la plus fréquente a été la mélancolie, qui représente à peu près à elle seule un tiers de la totalité des cas. Vient ensuite la manie, avec ses diverses variétés. Quant à la paralysie générale, elle est représentée par le chiffre 32, soit un peu moins de 10 %. Il est bon de faire remarquer, à cet égard, combien ce chiffre est peu élevé relativement aux asiles des grands centres français, où la proportion des paralytiques généraux admis est de plus de 15 %, dont 23 % pour les hommes et 7,7 % pour les femmes. Cette proportion moindre de la paralysie générale dans l'asile de New-York a d'autant plus lieu de surprendre qu'il est admis généralement que l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale sont les foyers principaux de cette maladie.

Toutefois, il n'est pas douteux que les cas de paralysie générale se multiplient de plus en plus en Amérique comme chez nous, et on n'a qu'à consulter, pour s'en convaincre, l'intéressante statistique annexée par le superintendant le docteur John Gray à son rapport et où se trouve indiqué le chiffre des paralytiques généraux admis tous les ans à l'Asile d'Utica depuis 1849 jusqu'en 1884, soit pendant une période de 35 ans. On y voit que, jusqu'en 1863, le nombre des paralytiques admis n'a jamais dépassé 10. A dater de ce moment, il a constamment oscillé entre 10 et 30. Enfin, depuis 1880, il a constamment dépassé 30. Ces données sont, comme on le voit, absolument significatives.

Quant à la fréquence comparative de la paralysie générale dans les deux sexes, il n'y a à cet égard aucune différence à signaler avec ce qui existe en France. La paralysie générale paraît être, en moyenne, à Utica, cinq fois moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

Une dernière remarque assez importante. La folie alcoolique ne figure pas dans la statistique donnée plus haut, et, au tableau des causes, l'intempérance n'est notée que 20 fois sur les 387 malades admis. Or, on sait combien l'alcoolisme est fréquent, au contraire, chez nos aliénés des grands centres. Il en résulterait qu'à New-York, en même temps que la paralysie générale serait plus rare qu'en France, la folie de cause alcoolique y serait presque complètement inconnue. C'est au moins ce qui résulte de la statistique ci-dessus.

En revanche, les folies pures ou vésanies et particulièrement la folie lypémaniaque y sont des plus communes et prédominent incontestablement sur toutes les autres formes morbides.

Dr E. Régis

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique du système nerveux. — Cours complémentaire professé à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1883-1884, par le docteur Raymond, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Paris, 1885. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Chargé du cours complémentaire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1883-1884, M. Raymond a eu à enseigner l'anatomie pathologique du système nerveux. Tâche à la fois vaste et ardue, car il s'agissait de réunir dans un cadre méthodique, embrassant un nombre très restreint de leçons, des notions arides, éparses dans quantités de mémoires et de livres, et de les vulgariser de façon à les mettre à la portée d'un auditoire de débutants. Il faut dire que, parmi les jeunes agrégés de la Faculté, peu étaient mieux préparés à la réalisation de ce programme que l'auteur de ces leçons. La place qu'il avait conquise dans les rangs de l'Ecole de la Salpêtrière, un stage de plusieurs années passé à la tête du service médical de l'hospice d'Ivry, dernier refuge de centaines d'incurables dont beaucoup succombent aux maladies les plus diverses du système nerveux, les nombreux articles et mémoires publiés par M. Raymond dans nos recueils périodiques en témoignent suffisamment. Un auditoire fourni a rendu justice, jusqu'au bout, au mérite et au talent du jeune maître. Nous sommes convaincu que le succès de son enseignement oral trouvera sa consécration dans l'accueil que le public compétent ne manquera pas de faire au livre, dans lequel ont été résumées les leçons de M. Raymond.

Pour ceux qui s'intéressent d'une façon spéciale à l'étude des maladies du système nerveux, et leur nombre est aujourd'hui considérable, ce livre sera apprécié, à un point de vue surtout : c'est qu'il n'a rien d'un de ces manuels sans personnalité, où sous prétexte de résumer ce que d'autres ont produit, l'auteur fond, dans un tout informe, les notions les plus disparates, souvent les plus contradictoires, empruntées à droite et à gauche, où on trouve un peu de tout de ce qui a été écrit sur une branche déterminée de la médecine, mais rien de ce qui se voit dans la réalité des choses. M. Raymond a visé un objectif plus élevé. Il s'est inspiré surtout de cette préoccupation, que la connaissance des lésions d'un appareil peut et doit prêter secours au médecin qui diagnostique des maladies pour les guérir s'il se peut. L'idée directrice qui l'a guidé dans sa tâche, c'est que l'anatomie pathologique est au même titre que la physiologie, une auxiliaire indispensable de la clinique, dans l'étude des maladies du système nerveux. Loin de scinder ces trois branches, pour s'en tenir strictement à la première, il a cherché à les faire concourir au but commun, et c'est ainsi qu'en « mélangeant dans une juste limite les enseignements de la clinique et ceux de l'anatomie pathologique », il a réussi à rendre son enseignement utile au plus haut degré, et attrayant autant que cela peut se dire de l'étude des lésions cadavériques.

Le livre est divisé en trente-et-une leçons, dans lesquelles l'auteur passe successivement en revue l'anatomie pathologique du système nerveux central et du système nerveux périphérique.

La *première leçon* est un exposé concis des progrès accom-

plis durant les vingt dernières années dans l'étude des maladies du système nerveux, de l'anatomie pathologique en particulier; en quelques pages substantielles, l'auteur a dressé le bilan des principales lacunes à combler dans ce domaine de connaissances médicales.

La *deuxième leçon* traite de l'inflammation en général, de ses rapports avec les lésions aiguës et chroniques du système nerveux.

La *troisième leçon*, consacrée à la physiologie générale du système nerveux, est propre à donner à des commençants une idée très nette des connexions et du rôle des différents éléments constituants de l'appareil de la vie de relation, chez les différents types de la série animale.

Les *leçons* qui vont de la *cinquième* à la *neuvième* traitent de l'anatomie normale et des lésions des méninges.

Dans la *dixième leçon*, consacrée aux localisations cérébrales, les lecteurs trouveront un examen clair et impartial des arguments qui ont été invoqués pour et contre la théorie des localisations. A cause de son importance, nous croyons devons lui attribuer une mention spéciale.

Dans les *onzième, douzième et treizième leçons*, l'auteur étudie la congestion et l'inflammation de l'écorce cérébrale, le ramollissement de même siége, les tumeurs.

Les *quatorzième* et *quinzième leçons* traitent de l'anatomie des ganglions centraux, des hémorrhagies et du ramollissement dans cette portion des hémisphères. Nous signalerons, en passant, un exposé très net des conditions anatomiques qui dominent l'étiologie de l'hémorrhagie cérébrale.

La *seizième leçon* est un résumé complet des connaissances plus ou moins acquises en matière d'anatomie, de physiologie et d'anatomie pathologique du cervelet, considéré isolément.

Dans les *dix-septième* et *dix-huitième leçons*, sont étudiées les connexions du bulbe, de la protubérance et du cervelet avec les parties situées en amont et en aval, et leurs lésions communes.

Sept leçons, de la *dix-neuvième* à la *vingt-cinquième*, sont consacrées à la moelle. L'auteur expose successivement : des considérations générales sur l'anatomie et la physiologie de cette portion des centres nerveux, l'anémie et la congestion de la moelle, les myélites diffuses chroniques, les myélites systématiques, dont il fait la classification d'ensemble, pour ensuite étudier, avec quelques détails, les principaux types.

Cette étude englobe naturellement celle des dégénérescences secondaires et de leurs diverses origines. Elles se terminent par des considérations sur l'étiologie et la pathogénie des myélites systématiques.

Les six dernières leçons, de la *vingt-sixième* à la *trente-deuxième*, sont réservées à l'anatomie pathologique du système nerveux périphérique. Histologie normale des nerfs; névrites en général; névromes; considérations sur le grand sympathique; considérations sur les appareils terminaux des nerfs de sensibilité spéciale et générale et sur leurs troubles; principales lésions nerveuses de l'œil; troubles trophiques; retentissement des lésions nerveuses sur les tissus et les organes; lésions trophiques de la peau, de l'appareil locomoteur; rapports entre les lésions musculaires deutéropathiques et protopathiques : telles sont les principales questions traitées dans cette dernière partie.

Après avoir esquissé l'œuvre dans son ensemble, il nous reste à signaler d'une façon spéciale les questions que l'auteur a exposées d'après ses vues personnelles, en se basant sur ses recherches et ses publications antérieures.

Ainsi, à propos du système vasculaire du cerveau, indépendamment des lésions banales, athérome et anévrysmes miliaires, M. Raymond a passé en revue toute la série des artérites que l'on peut rencontrer dans la partie supérieure des centres nerveux.

A propos des méningites, il a fait ressortir l'importance qui revient à l'inflammation des enveloppes dans la pathogénie des scléroses cérébro-spinales. Il a fait valoir les raisons qui le portent à croire que la sclérose en plaques dérive précisément d'une méningite chronique.

A propos de la paralysie agitante, M. Raymond, dont la thèse sur les tremblements est restée classique, s'est attaché à faire voir qu'il existe entre le tremblement vulgaire et celui de la paralysie agitante toutes les gradations possibles. Envisageant ensuite la question au point de vue anatomo-pathologique, il a montré que cette soi-disant névrose doit être rattachée à un état sénile anticipé de la portion motrice des centres moteurs.

Au sujet de la myélite épendymaire, M. Raymond soutient avec observations et préparations histologiques à l'appui, que le type établi par Hallopeau et Leyden n'est pas une entité définie, pas plus au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, qu'il peut résulter de lésions spinales variables, en première ligne desquelles figure l'hématomyélie.

Une leçon (XXVe) très intéressante est consacrée à mettre en lumière le rôle dévolu à la pathologie expérimentale dans la connaissance des lésions des centres nerveux, des lésions systématiques en particulier.

Une autre leçon comprend une critique très sagace des travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps sur les névrites périphériques. Nous signalerons, entre autres, une tentative de réfutation de la théorie de Landouzy et Déjerine, relative à l'atrophie musculaire infantile, entité clinique que Raymond rapporte à des malformations congénitales de la moelle.

Tout en donnant à son enseignement ce cachet personnel, l'auteur a pris à tâche de ne rien passer sous silence de ce qui méritait d'être connu des travaux des autres, et le principal mérite qui ressort de la lecture de son livre est celui d'avoir su encadrer, dans l'espace représenté par 450 pages d'impression, un résumé aussi fidèle que possible des nombreuses questions que nous avons énumérées plus haut. Il est vrai que la profusion des figures intercalées dans le texte, et dont le nombre s'élève à 116, y compris deux planches chromolithographiées, lui a rendu facile d'être clair tout en restant concis. Beaucoup de ces figures ne sont que la reproduction des préparations anatomiques et histologiques que les auditeurs du cours de M. Raymond ont eues sous les yeux pendant les leçons consacrées, à raison d'une sur trois, aux démonstrations pratiques. Ces leçons de choses ont dû contribuer pour beaucoup à intéresser de jeunes élèves à un enseignement roulant sur des questions si rebutantes en elles-mêmes. M. Raymond avait déjà donné sa mesure lors d'une suppléance dont il fut chargé dans le service du professeur G. Sée à l'Hôtel-Dieu. Ses conférences furent très suivies, mais il s'agissait de clinique, et on pouvait se demander si le succès serait égal, alors qu'il s'agirait de l'enseignement d'une branche de la science aussi aride que l'anatomie pathologique. Il l'a été, et nous constatons avec une joie sincère que ce double début dans la

carrière professorale d'un des collaborateurs les plus distingués de la GAZETTE est d'un heureux augure pour l'avenir.

E. RICKLIN.

REVUE DES THÈSES

ÉTUDE SUR LES PARALYSIES ALCOOLIQUES (*névrites multiples chez les alcooliques*), par M. W. ŒTTINGER, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Th. doct., 1885.

Si l'attention des médecins s'est depuis longtemps portée sur les manifestations cérébrales de l'alcoolisme, il faut reconnaître que les troubles qui, dans cette intoxication, relèvent du système médullo-périphérique ont été jusqu'à ces dernières années à peu près méconnues ou laissées de côté par les observateurs. Outre que ces phénomènes sont rares, le diagnostic étiologique en est souvent difficile à établir; voilà pourquoi sans doute leur histoire, et en particulier celles des *paralysies alcooliques*, est encore si courte, si incomplète.

Dans son excellente thèse, M. Œttinger a apporté quatre observations inédites; il a analysé une cinquantaine de faits publiés, soit en France, à dater du mémoire de M. Lancereaux (1881), soit à l'étranger, dans les divers recueils périodiques d'Allemagne ou d'Angleterre. Avec ces données, il a pu tracer les allures et la physionomie clinique de ces paralysies.

Les paralysies d'origine alcoolique affectent les *extrémités des membres* le plus souvent celles des membres inférieurs.

Elles sont *symétriques*, flasques, ne s'accompagnent *jamais de contracture*. A ce propos, il faut se garder, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, de prendre pour de la contracture les raideurs articulaires ou tendineuses qui ne manquent pas de se produire à la longue sous l'influence de l'immobilité.

Elles procèdent par muscles ou groupes musculaires distincts.

Les réflexes sont abolis. Les sphincters anal et vésical sont toujours intacts, sauf à la période ultime de cachexie. La contractilité, sous l'influence des courants faradiques, est diminuée ou abolie. Presque toujours l'exploration par les courants continus permet de constater la réaction dite de *dégénérescence*. Les muscles paralysés finissent, dans les formes lentes, par s'*atrophier*. Tels sont les caractères fondamentaux de ces paralysies.

Aux membres inférieurs, le premier muscle atteint est l'*extenseur propre du gros orteil*, puis, ou simultanément, les *extenseurs des orteils*. Dès lors le membre prend une attitude assez particulière. Le pied est en extension et légèrement déjeté en dehors; les orteils sont fléchis, le gros orteil plus que tous les autres; la flexion volontaire du pied est impossible. Les autres muscles de la jambe, extenseurs et fléchisseurs, se prennent consécutivement. Le jambier antérieur semble résister plus longtemps; très souvent, il reste indemne.

A la cuisse, le triceps est surtout intéressé. La paralysie peut ensuite gagner les membres inférieurs, frappant tout d'abord les extenseurs, puis les fléchisseurs.

Bien qu'une observation de Broadbent *semble* indiquer que le diaphragme peut se trouver atteint de paralysie, on peut dire que les muscles du *tronc*, de la *face* et des *muscles sensoriels*, sont toujours respectés.

Les paralysies éthyliques peuvent affecter, au point de vue de leur marche, trois formes.

1° *Forme passagère*. — C'est plutôt une parésie qui disparaît rapidement pour se reproduire après un intervalle variable.

2° *Forme chronique*. — Les accidents persistent des mois et des années, forçant les malades à garder le lit; les muscles finissent par s'atrophier et les malades succombent après de longs mois, dans la cachexie ou par le fait d'une affection intercurrente. Néanmoins, cette forme est curable dans un bon nombre de cas.

3° *Forme aiguë*. — La paralysie se généralise rapidement aux quatre membres, et le malade succombe en quelques semaines ou quelques mois.

Ataxie alcoolique. — On observe aussi quelquefois chez les alcooliques des troubles de l'incoordination motrice rappelant exactement ceux du tabes ataxique. L'auteur rapproche ces faits de ceux publiés par Déjerine dans son mémoire sur le *nervo tabes périphérique*. Il se garde bien toutefois d'en tirer des conclusions définitives; il se contente de poser, sans vouloir la résoudre, la question des rapports du *tabes périphérique* et de l'alcoolisme.

Troubles de la sensibilité. — L'auteur a consacré un long chapitre à l'étude des troubles de la sensibilité qui, le plus souvent, précèdent ou accompagnent les paralysies. Ce sont des *fourmillements*, des douleurs *du type fulgurant*, des sensations de *brûlure*, de l'hyperesthésie, de l'anesthésie des téguments cantonnée aux extrémités et remontant plus ou moins haut vers la racine des membres. On constate aussi parfois du *retard* dans la transmission des impressions sensitives, des troubles de la sensibilité tactile, etc. Le sens musculaire n'est pas diminué.

A côté de ces phénomènes, vient se placer un troisième ordre de symptômes: ce sont *les troubles vaso-moteurs et trophiques*, des *rougeurs fugaces*, des *sueurs localisées*, des *troubles trophiques des ongles* et, dans les formes graves, des *œdèmes des extrémités*, du *purpura*, et, enfin, des *escharres*. Ces divers accidents, qui sont fréquents chez les alcooliques en général, ne manquent presque jamais de se produire dans les paralysies éthyliques.

Enfin, il est de règle que tous ces accidents coïncident avec les symptômes généraux habituels de l'intoxication alcoolique. A côté des phénomènes bien connus (rêves, hallucinations), on observe quelquefois un état mental tout particulier. M. Charcot a insisté sur ce point (1); souvent les malades ont perdu la mémoire; ils sont inconscients; aussi nient-ils énergiquement leurs habitudes alcooliques. Au point de vue du diagnostic étiologique, ce fait a quelque importance; il montre que dans l'enquête l'entourage des malades doit être appelé à fournir la meilleure part des renseignements.

Anatomie pathologique. — Moelle, racines et méninges rachidiennes saines, lésions des nerfs périphériques, telle est la règle.

Ces lésions sont à peu près les mêmes que celles qu'on observe dans le bout périphérique des nerfs sectionnés: augmentation du volume du noyau cellulaire, tuméfaction du protoplasma, fragmentation de la myéline qui se réunit en boules, fragmentation du cylindre-axe, etc., jusqu'à dispari-

(1) *Les paralysies alcooliques*, leçons recueillies par M. Gilles de La Tourette, GAZ. DES HÔPIT., 1884.

tion complète des éléments nerveux. Ces altérations s'observent sur les nerfs musculaires et sur les nerfs cutanés. Il s'agit d'une dégénérescence ou, si l'on veut, d'une *névrite parenchymateuse* à laquelle le tissu conjonctif ne semble prendre aucune part.

La lésion est, dans la majorité des cas, d'autant plus avancée qu'on étudie un point du nerf plus éloigné du centre. On ne saurait dire encore jusqu'où remonte l'altération des troncs nerveux.

Lésions musculaires. — Atrophiés, d'une couleur jaune pâle, les muscles montrent à l'examen histologique une striation transversale plus ou moins effacée, une dégénérescence granulo-protéique de la substance musculaire.

A. DUTIL.

NOTES & INFORMATIONS

PROJET DE CRÉATION D'UNE SOCIÉTÉ CENTRALE DE DÉONTOLOGIE.

Le Comité formé par les délégués des différentes Sociétés médicales pour étudier l'opportunité de la création d'une Société de *déontologie* s'est réuni dimanche, 6 décembre.

Après avoir entendu l'exposé de M. Ladreit de Lacharrière, et après un échange d'observations entre les divers membres, le Comité a voté le *principe* de la création d'une Société de déontologie et a nommé une Commission pour étudier les conditions de l'organisation de cette Société.

PROJET PROPOSÉ PAR M. LE DOCTEUR LADREIT DE LACHARRIÈRE.

Messieurs,

Je vous convie à jeter avec moi un coup d'œil rapide sur les conditions modernes de l'exercice de la médecine. Elles nous apparaissent différentes suivant que nous considérons les sommets de notre édifice social ou les régions plus modestes, où la lutte pour la vie est plus apparente. Pardonnez-moi d'ouvrir une parenthèse et de vous demander de passer l'éloge sous silence et de ne vous signaler que les points noirs que je pourrai apercevoir.

Ceux qui, par leurs travaux et par les hautes situations qu'ils occupent, sont au premier rang de notre corporation, nous donnent trop souvent l'exemple de préoccupations d'intérêt que je ne puis approuver.

Je ne saurais prétendre que le médecin ne doive pas demander la récompense matérielle et légitime de ses services, mais je ne puis accepter qu'il se laisse dominer par la question du rendement professionnel. Je sais bien que plus on s'élève dans le milieu social, plus on coudoie la richesse et l'opulence ; mais est-il bien nécessaire tout cet apparat extérieur pour se montrer l'égal de tout le monde !

Je ne parlerai pas des moyens-réclames employés pour faire affluer le public dans le cabinet : mes allusions deviendraient transparentes, et je ne veux faire ici aucune personnalité. Ce que je puis dire, c'est que les honoraires ont pris de nos jours des proportions qui font oublier le caractère de notre profession. Nous ne devons pas tailler dans la fortune de nos clients, mais nous borner à exiger la légitime rémunération du service rendu.

L'avidité du médecin trouve sa contre-partie dans le peu d'honorabilité du client. Avant le traitement ou l'opération, la crainte du danger lui inspire les assurances et les promesses les plus généreuses : mais, après la guérison, il oublie ou refuse de payer. En acceptant les conditions d'une opération, indiquées d'avance, il fait quelquefois des restrictions mentales, pensant qu'après tout, s'il est appelé en justice, les honoraires seront réduits à des proportions plus modestes.

Pour éviter ces désagréments, le chirurgien demande parfois que le paiement des honoraires précède l'opération, et nous avons pu entendre parler d'opérations urgentes qui avaient été différées par la question d'argent. Ce sont là, messieurs, des tendances mauvaises, des exemples déplorables.

La revendication des honoraires vis-à-vis des clients désireux de ne pas payer est certainement une des difficultés de notre profession que ceux qui ont quelque aisance résolvent en passant la créance au compte des profits et pertes, comme on dit dans le commerce. Le confrère, peu fortuné, qui a compté sur les rentrées pour faire honneur à ses engagements, se sent douloureusement atteint par ces actes de mauvaise foi, et met ses créances entre les mains d'hommes d'affaires pour en obtenir le paiement. Sa dignité souffre de cette nécessité, et les frais absorbent la meilleure part des sommes qu'il revendique. Heureux s'il ne rencontre pas un magistrat qui s'étonne qu'un homme qui fait partie d'une corporation dans laquelle l'abnégation et le dévouement sont la règle puisse se présenter à sa barre pour réclamer de l'argent.

Mon désir est d'éloigner du médecin ces coupes pleines d'amertume, et lorsque la nécessité de réclamer des honoraires légitimes s'impose, je voudrais qu'il ait derrière lui l'Association pour se mettre en son lieu et place. Nous verrons tout à l'heure comment ce *desideratum* pourra être réalisé.

Continuons, si vous le voulez bien, notre étude et regardons un peu par le gros bout de la lorgnette.

Nous apercevons bien loin de ceux dont nous venons de nous occuper ceux qu'on appelle les « petits médecins ». Ils ne sont petits que par la valeur de leurs honoraires, car c'est parmi eux que nous retrouvons toutes les vertus médicales : la patience, le dévouement et l'oubli de soi-même. Ce sont les humbles, ceux qui luttent pour l'existence, qui ne connaissent pas les grosses aubaines, mais qui n'ignorent aucune des difficultés de la pratique.

Il y a à redouter pour eux l'oubli des devoirs professionnels, et ils ont besoin d'être protégés contre ceux qui cherchent à abuser de leur situation difficile.

Cette clientèle, que légitimement ils voudraient voir grandir, ils la voient aller aux charlatans. Ils s'installent, bien pénétrés des devoirs professionnels, puis ils se laissent envahir par des compromis avec leur conscience ; ils mettent à leur porte une plaque qui ressemble trop à celle du coiffeur, ils acceptent d'aller voir tous les malades sans s'inquiéter s'ils sont déjà soignés par un confrère, donnent des certificats pour patronner des médicaments plus ou moins utiles, acceptent une association pour la vente de certains médicaments, donnent des consultations dans une pharmacie, et y touchent des honoraires. Tout cela, messieurs, ressemble au tripotage.

Observez un peu ceux qui, sans titres scientifiques, sans position qui les mette en évidence, gagnent des sommes un peu rondes avant que l'âge et le temps aient pu grouper autour d'eux une de ces clientèles qui sont l'honneur du médecin et des malades. Vous en trouverez bien quelques-uns que vous qualifierez d'enfants gâtés de la fortune, mais vous en trouverez beaucoup d'autres qui auront arboré un drapeau qui, pour eux, n'est qu'un panache. Celui-ci fait de l'homéopathie, celui-là de la dosimétrie, un troisième se dira le représentant de je ne sais quel charlatan qui fait fortune de l'autre côté des Alpes. Quelques-uns afficheront sur leur porte *spécialistes* pour les rhumatismes, les maladies d'estomac, etc., etc. Regardez encore dans ce milieu, et vous apercevrez les médecins ambulants qui font annoncer leur passage ou leur visite périodique dans une ville de province pour y donner des consultations et y pratiquer des opérations.

Je ne m'abaisserai pas, messieurs, à vous parler de ceux qui tiennent boutique et qui ont répudié toute pudeur pour exploiter la crédulité publique.

Vous ne m'accuserez pas, j'espère, de charger les couleurs pour les

besoins de la cause que je soutiens; il n'est pas une des catégories que je viens d'indiquer à laquelle je ne pourrais attacher un nom, mais je ne suis point un dénonciateur; je ne suis l'ennemi de personne, et, après vingt-quatre ans d'une vie médicale qui n'a jamais failli à l'honneur professionnel, je viens vous dire qu'à tous les degrés de notre échelle sociale, il y a des gens qui ont pour devise: *Disease is money*, et agissent en conséquence; qu'il y en a qui, sans être de malhonnêtes gens, font plier nos règles déontologiques qui sont la sauvegarde de notre honneur; qu'il y en a, enfin, que nous ne devons pas connaître, parce qu'ils déshonorent notre profession.

Pas plus que celles de mon savant maître, M. Verneuil, ces critiques n'apprennent rien à personne; on les crie de tous côtés, et ces plaintes provoquent dans l'esprit d'un grand nombre d'hommes honnêtes cette conviction qu'il y a des lacunes dans notre organisation médicale, et qu'il est temps de faire quelque chose pour y porter remède.

Obéissant à ces aspirations, un de nos confrères, aussi distingué par son intelligence et son savoir que par son caractère, M. le docteur Surmay (de Ham), a proposé la création de l'Ordre de la médecine. Ce projet, lu le 6 octobre 1884, à l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, a été adressé à l'Association générale des médecins de France, qui a promis de l'examiner.

Sur tous les points du territoire, des médecins ont pensé que, s'ils devaient attendre d'en haut le secours demandé, ils pourraient bien léguer leurs espérances à leurs descendants, et ils ont formé des associations auxquelles ils ont donné le nom de syndicats.

Avant d'étudier le projet de M. Surmay et les statuts des syndicats, je me suis demandé si nous n'avions pas, dans nos institutions actuelles, les moyens d'arriver au but que nous nous proposons.

Deux Sociétés médicales, la Société de thérapeutique et la Société d'hydrologie, en me désignant leurs délégués, m'ont fait connaître qu'elles pensaient que les deux associations suffisaient à tous les besoins.

J'ai donc, messieurs, le droit et le devoir d'examiner devant vous si ces deux grandes institutions sont véritablement des associations déontologiques.

Je suis heureux d'appartenir à toutes les deux parce qu'elles font un bien considérable. Elles ont été administrées avec une sagesse qui a fait leur fortune. Ce sont aujourd'hui deux caisses assez riches pour pourvoir aux premiers besoins de toutes nos infortunes et pour adoucir à notre vieillesse les rigueurs de la misère; mais ont-elles jamais provoqué la censure ou l'exclusion de leurs adhérents. La discipline et l'intérêt ne peuvent, en effet, s'associer sans quelques concessions.

Vous reconnaîtrez qu'il est bien difficile, lorsque un membre a payé pendant longtemps sa cotisation, qu'il a fait des largesses à la Caisse, de lui dire : « Nous prononçons votre exclusion parce que nous apprenons que vous avez fait une association interdite avec une industrie, ou toute autre infraction à nos règles professionnelles. » Les associations ont poursuivi quelques fois le charlatanisme non diplômé; elles n'ont rien fait contre celui qui était en règle avec la loi.

La Gazette hebdomadaire a pu dire avec vérité ces jours-ci (27 novembre 1885) : « Oui, sans doute, il serait bon que notre « linge fût lavé exclusivement dans les eaux de la fontaine d'Es- « culape; mais le corps médical serait beaucoup mieux fondé à se « plaindre de le voir porter au lavoir public, si, lui-même, *dans* « *ses Associations, dans ses Sociétés*, se préoccupait un peu plus « des tachos qu'on y fait, et *s'occupait un peu plus de ceux qui les* « *font*. Ne pas initier la malignité du monde aux défaillances de « quelques membres du corps médical, c'est très bien; ce serait « encore mieux de ne pas s'en rendre, jusqu'à un certain point, « responsable, en les tolérant silencieusement. »

Impossible de dire mieux et plus juste! Les raisons qui ont empêché les Associations de faire autre chose que ce qu'elles ont fait persisteront toujours; ces institutions sont donc condamnées à n'être que des Sociétés de secours.

Ceux qui vous diront, messieurs : « Votre tentative ne sera pas « inutile; elle stimulera le zèle un peu trop confiant des Associa- « tions; attendez, elles vont se réveiller et faire quelque chose » Ceux-là sont parfaitement décidés à enterrer, par une résistance passive, tous les projets qui tenteront de voir le jour.

A défaut des Associations, voyons si le projet de l'ordre de la médecine peut donner satisfaction à nos aspirations légitimes. M. Surmay propose la création d'un ordre de la médecine ayant une certaine analogie avec l'ordre des avocats ou avec les corporations des notaires, des avoués, etc.

Ce qui constituerait son autorité et sa puissance, c'est le droit que lui conférait l'État de donner au médecin l'investiture professionnelle. A l'État appartiendrait l'investiture scientifique, à l'ordre des médecins l'investiture morale.

Il y aurait dans chaque arrondissement une *Chambre médicale* élue, et au-dessus des *Chambres médicales*, un Conseil général de l'ordre siégeant à Paris, dont les membres seraient en partie désignés par la loi et en partie élus. Les Chambres et le Conseil général seraient des Chambres professionnelles et des tribunaux spéciaux.

Les Chambres d'arrondissement dresseraient les listes des médecins ayant droit d'exercer, et nul ne pourrait exercer s'il n'était admis par la Chambre, et inscrit sur la liste.

Les Chambres médicales auraient le droit d'avertissement, de réprimande, de censure, d'amende, de suspension et d'interdiction.

Ces Chambres jugeraient en dernier ressort les différends entre les médecins, et, dans certaines limites déterminées par la loi, les différends entre clients et médecins.

N'entrevoyez-vous pas, messieurs, de quelle immense autorité l'État se dépouillerait en faveur de notre corporation? Je dis que cette autorité ne trouverait son égale ni dans l'ordre des avocats, ni dans l'ordre judiciaire toute entier. Pour les notaires, pour les avoués, il est possible de faire appel devant la Chambre du Conseil du tribunal ou de la Cour; où trouverions-nous une autorité compétente pour faire appel des arrêts des Chambres médicales ou du Conseil général de l'ordre? Ce serait revenir de cent ans en arrière.

Depuis 1789 notre pays s'est épris d'un besoin de liberté qui est devenu sa passion dominante. Nous voulons que notre liberté soit pleine et entière, et qu'elle ne trouve de limite que dans le respect de celle du voisin.

Je crains que le projet de M. Surmay, qui lui a été inspiré par les sentiments les plus honorables et les plus loyaux, n'éveille des appréhensions qui en éloigneront le plus grand nombre; mais je suis moralement certain que, si la majorité des médecins se prononçait en faveur de l'ordre de la médecine, les pouvoirs législatifs s'opposeraient à la réalisation de ce désir.

Passez-moi l'expression, le courant ne va pas de ce côté. Déjà, il y a une vingtaine d'années, il a été question d'émanciper, au nom de la liberté, les corporations auxquelles on croit pouvoir porter envie. C'était une expropriation, et il fallait indemniser les titulaires des charges chèrement acquises. La question d'argent a été pour beaucoup dans l'abandon de ce projet.

Si, comme je le crois, la création de l'ordre de la médecine est irréalisable, voyons si les syndicats donnent satisfaction à nos désirs.

Nous protestons tous les jours contre le mercantilisme de notre profession; nous reprochons à quelques confrères de l'exercer avec cet esprit de lucre qui anéantit ce qu'elle a de noble et d'élevé, et, pour se protéger et se sauver, nous avons en ce moment, messieurs, le spectacle de notre corporation se précipitant vers des institutions qui appartiennent spécialement au commerce.

Lorsque la Cour de cassation nous fait connaître qu'elles n'ont pas été créées pour nous, que nous ne pouvons pas former des syndicats reconnus par la loi, nous nous révoltons de ne pas être traités comme l'épicerie, la cordonnerie, la boulangerie, etc., etc. Nous ne savons rien imaginer de nouveau qui soit conforme à nos traditions et à nos principes, et nous cherchons en ce moment toutes les influences qui pourront nous faire participer aux institutions du commerce. Je vois notre corporation s'égarer dans une direction fatale, et, pour la ramener, je fais aujourd'hui une tentative au-dessus de mes forces.

Qu'est-ce qu'un syndicat? Une association librement consentie entre un certain nombre de personnes de même profession pour la protection de leurs intérêts matériels. Ce n'est point nécessairement une association d'honnêtes gens, c'est une sorte de coalition en vue d'un intérêt commun.

A Dieu ne plaise que j'applique aux syndicats médicaux cette définition contre laquelle vous devez vous révolter! Mais alors, si vous n'acceptez pas la chose, pourquoi en prendre la dénomination?

Notre très distingué confrère, mon ami, M. Gibert, du Hâvre, m'a envoyé les statuts du syndicat dont il est le promoteur. L'article 2 est ainsi conçu :

« L'adhésion au syndicat existe du moment où un médecin « domicilié au Hâvre ou dans la banlieue s'est inscrit lui-même « sur un registre *ad hoc*. »

Cette formule banale ne me suffit pas pour la garantie morale des membres de l'Association.

Je crois que nous avons besoin d'une Société dans laquelle on n'entre pas par une simple signature; qui soit, comme les syndicats, vigilante des intérêts matériels, mais qui soit encore plus soucieuse de nos intérêts moraux, et qui devienne ainsi pour nous tous une force matérielle et morale.

Je veux pour cette association un nom qui lui soit propre, et qu'elle ne partage avec personne, et, si vous ne m'en offrez pas un meilleur, je vous proposerai celui de Société centrale de déontologie.

Pour qu'une Société de ce genre exerce une salutaire influence, il faut que son action ne soit pas trop étendue. Je pense qu'elle ne doit pas dépasser les limites d'un département, et je ne veux m'occuper aujourd'hui que de Paris et du département de la Seine. Une Société de déontologie doit comprendre tous les médecins exerçant honorablement la médecine, librement associés pour faire respecter leur honneur professionnel et leurs droits.

Elle pourrait prendre pour devise ces trois mots:

Honneur, devoir, solidarité.

L'honneur n'a pas besoin de définition. Le médecin, modeste dans sa personne et dans ses habitudes pour pouvoir se mettre à la portée de tous, ne doit accepter aucun compromis avec sa conscience ou avec l'orgueil de sa profession.

Je n'ai pas besoin davantage de vous parler de nos devoirs envers nos malades et envers nos confrères, et j'arrive à la troisième partie de ma trilogie : la solidarité.

Toute association déontologique sera une œuvre mort-née, si, dans un temps prochain, elle ne devient pas *puissante et redoutable*.

Le projet de M. le docteur Surmay demande qu'une législation nouvelle donne aux Chambres médicales le droit d'accorder et de retirer le droit d'exercer la médecine.

Les syndicats médicaux actuels réclament les privilèges que la législation accorde aux Chambres commerciales.

Plus libéral, je ne me plains pas de l'arrêt de la Cour de cassation; je ne demande pas la législation des syndicats, je pense qu'une Société de déontologie ne doit désirer que la reconnaissance d'utilité publique, et qu'elle ne doit chercher sa force que dans la solidarité de ses membres. C'est cette solidarité qui fit autrefois de la franc-maçonnerie l'Association la plus puissante qui ait jamais existé; faisons donc, si vous le voulez, messieurs, la franc-maçonnerie des médecins honnêtes.

L'exercice de la médecine est si différent dans les quartiers les plus riches et les plus pauvres qu'un Comité unique ne saurait être dans les meilleures conditions pour apprécier des intérêts si divers. La Société de déontologie devra donc avoir un Comité central et un sous-Comité par arrondissement. Les sous-Comités s'occuperaient des intérêts de leurs arrondissements. Mais aucune nomination ni aucune peine disciplinaire ne pourraient être décidées que par le Comité central.

Le Comité central se composerait d'un président et d'un secrétaire général nommés tous les ans par l'Association toute entière, et des bureaux de tous les sous-Comités.

Les sous-Comités se composeraient de tous les adhérents de chacun des arrondissements. Leurs bureaux instruiraient les affaires locales avant de les porter au Comité central, qui se réunirait tous les mois. Les peines disciplinaires seraient l'avertissement et l'exclusion.

Tous les trois mois, un compte rendu des travaux de la Société publierait les noms des nouveaux adhérents et de ceux qui ne feraient plus partie de la Société.

Les sociétaires prendraient l'engagement de ne plus réclamer personnellement leurs honoraires en justice. Toutes les fois qu'une note d'honoraires resterait en souffrance après des délais suffisants, elle devrait être transmise au Comité central, qui aurait le droit de la réduire et même de l'annuler, mais qui, après avoir constaté le bien-fondé de la réclamation, devrait en faire poursuivre le paiement par l'intermédiaire de son président. Jusqu'à ce que la Société fût légalement reconnue, le président serait chaque fois investi d'un mandat personnel. Telle est, messieurs, dans ses traits principaux, l'organisation que je propose à votre étude.

J'ai cru entendre de tous les côtés de notre pays des aspirations vers une institution nouvelle capable de protéger notre honneur et nos intérêts.

Vous me pardonnerez d'avoir, pour une fois seulement, fait trêve à mes habitudes en me mettant en évidence pour vous signaler les écueils et vous montrer le port.

Nos lecteurs nous sauront gré d'avoir mis sous leurs yeux le projet qui précède et qui mérite de fixer l'attention au même titre que ceux de MM. Surmay et Mougeot sur l'ordre des médecins, que les revendications et les espérances des syndicats médicaux. L'Association générale des médecins de France n'est pas restée indifférente à ce mouvement qui agite le corps médical tout entier. On sait que les Sociétés locales ont été invitées à délibérer sur la question de l'ordre des médecins; un rapport sur les résultats de ces délibérations sera fait, au nom du Conseil général, à l'Assemblée générale du mois d'avril prochain. Nous aurons donc l'occasion, et nous nous ferons un devoir de revenir sur tous ces projets, sur toutes ces questions qui témoignent d'une préoccupation égale pour les intérêts moraux et les intérêts matériels de notre profession.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BIARRITZ. — Ce Congrès, qui doit s'ouvrir à Biarritz le 1er octobre 1886, a été conçu, comme on le sait, par la Société de Biarritz-Association, et sa direction scientifique mise entre les mains d'un Comité siégeant à Paris, et composé de membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société météorologique de France. C'est afin de combiner les efforts de ces deux centres d'action et de prendre en commun des dispositions définitives destinées à mener à bonne fin cette entreprise, que M. le docteur Durand-Fardel, *président du Congrès*, et M. le docteur Garrigou, *secrétaire général*, se sont rendus à Biarritz. Là, une séance publique a

eu lieu, à laquelle ont été convoqués tous les savants et les résidents marquants de la région.

Beaucoup ont répondu à l'appel qui leur était fait, et, le mercredi 25 novembre, la séance a été ouverte à deux heures et demie, dans une salle du Grand-Hôtel de Biarritz, au milieu d'un nombreux concours de médecins, d'hommes de science et d'hommes du monde français et étrangers.

M. O'Shea, président de Biarritz-Association, avait à sa droite M. le docteur Durand-Fardel, président du Congrès, et M. le sous-préfet de Bayonne; à sa gauche, se trouvaient M. le docteur Garrigou, secrétaire général du Congrès; M. Ardoin, président du Syndicat de Biarritz, M. Henri Léon, membres du Comité organisateur de Biarritz-Association, et M. le vicomte de Chasteignier, trésorier général du Congrès.

M. O'Shea, dans une courte allocution, souhaite la bienvenue à M. le docteur Durand-Fardel, et remercie le chef de l'hydrologie française d'être venu lui-même officiellement travailler sur place à l'organisation du Congrès de Biarritz.

M. le docteur Durand-Fardel remercie M. le président de Biarritz-Association des paroles aimables qu'il vient de lui adresser :

« Lorsqu'on a fait appel à mon dévouement, dit-il, en même « temps qu'à celui de mon savant et infatigable ami, le doc- « teur Garrigou, je n'ai pas hésité à me consacrer à l'organi- « sation de cette œuvre que je considère comme éminemment « utile à la science française. »

Dans un exposé clair et rapide, M. le docteur Durand-Fardel rappelle que les Congrès, en général, ont pour objet la diffusion des connaissances scientifiques, le rapprochement des hommes et des idées, et surtout la coordination des travaux passés ainsi que la préparation méthodique des travaux futurs.

C'est surtout à cette dernière idée que répondra le Congrès de Biarritz, car si l'hydrologie constitue déjà une science bien délimitée, avec une direction de travaux déterminée, une classification générale, un enseignement presque officiel, il n'en est pas de même de la climatologie. Cette dernière n'est encore qu'un ensemble d'observations disséminées, prises sans direction méthodiquement formulée. La coordination de ces précieuses données est nécessaire pour former une science complète, avec ses règles, ses lois, ses moyens de progression; et le Congrès de 1886, rapprochant les climatologues et les météorologues de tous les pays, sera l'occasion solennelle destinée à assurer ce résultat.

M. Henri Léon rappelle l'origine du Congrès qu'il rapporte, comme l'a fait M. le président O'Shea, à Biarritz-Association. Il montre comment Biarritz est un endroit admirablement choisi pour réunir un Congrès dans lequel on doit s'occuper de questions de climatologie et d'eaux minérales.

« Le Congrès a eu son succès assuré, dit avec raison « M. Léon, le jour où M. le docteur Durand-Fardel en a » accepté la présidence. »

Il remercie le maître, en qualité de membre de Biarritz-Association, et lui souhaite la bienvenue.

Après ces discours, une discussion a lieu entre divers membres de la réunion, au sujet des questions pratiques du Congrès, puis la séance est un instant suspendue.

A la reprise, les représentants des municipalités et des corps médicaux d'Arcachon, de Dax, de Bayonne, de Cambo, etc., etc., prennent successivement la parole pour dire avec quelle sympathie est accueillie partout l'idée du Congrès, à laquelle chacun, mû par des sentiments patriotiques, demande à donner une marque d'approbation et de dévouement.

MM. Van Citters, Ardoin, Henri Léon, Delvaille, Barthe de Sandfort, Hameau, Juanchuto, O'Shea, Durand-Fardel, Garrigon, prennent successivement la parole sur des questions techniques qui jettent la lumière sur la marche à suivre pour atteindre un résultat vraiment utile à la science française, ainsi qu'à l'honneur et la gloire du pays.

Le bureau annonce, enfin, que des adhésions au Congrès sont arrivées d'Espagne, d'Italie, de Portugal, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, d'Autriche, de Hongrie, de Russie et même, en très grand nombre, des Etats-Unis et du Canada.

Après cette longue série de communications, la séance est levée.

R.-F. D.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le corps de l'internat vient de faire une nouvelle et cruelle perte dans la personne de l'un de ses membres les plus sympathiques, M. Ayrolles, interne à l'hôpital de la Charité. Il a succombé à une fièvre typhoïde; quelques jours le séparaient seulement de la fin de son internat.

* *

Académie de médecine. — La séance générale annuelle de l'Académie de médecine est fixée au mardi 15 décembre 1885, à deux heures.

* *

Récompenses. — Sur la proposition de l'Académie de médecine et par arrêté du 4 décembre 1885, le ministre du commerce a décerné les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1883 :

Médaille d'or : M. Léon Dru, ingénieur à Paris.

Médailles d'argent — MM. Brongniart, médecin à Contrexéville; Danjoy, médecin de la Bourboule; Eymard-Lacour, pharmacien-major de première classe, à Oran.

Rappels de médailles d'argent. — MM. Bourgarel, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds; Achille Bonyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets.

Médailles de bronze. — MM. Maurice Binet, médecin à Saint-Honoré; Cros, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-l'Ancien; Dejeanne, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre.

— Le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé lundi dernier 7 décembre 1885. Les récompenses suivantes sont décernées :

Première division. (Internes de troisième et de quatrième année.) — Prix, médaille d'or : M. Gilbert, interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Louis.

— Accessit, médaille d'argent : M. Marfan, interne de troisième année à l'hôpital Saint-Louis. — Première mention honorable : M. Queyrat, interne de quatrième année à l'hôpital Tenon. — Deuxième mention honorable : M. Phocas, interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième division. (Internes de première et de deuxième année) Prix, médaille d'argent : M. Lejars, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Accessit (livres) : M. Dumoulin, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié. — Première mention honorable : M. Villemin, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Deuxième mention honorable : M. Blocq, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié.

HÔPITAL DE MUSTAPHA (ALGÉRIE). — Le docteur Cochez, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé, après concours, médecin-adjoint de l'hôpital.

— M. Ramakers, docteur en médecine, prosecteur, est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Mouttet, dont le temps d'exercice est expiré

***

CONCOURS. — Le vendredi 5 février 1886, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Nancy un concours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie, au traitement de 1,500 francs; la durée des fonctions est de six ans.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 29 AU SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 39. — Variole 4. — Rougeole 19 — Scarlatine 4. — Coqueluche 8. — Dipthérie, croup 32 — Choléra 0. — Dysentérie 1. — Erysipèle 3. — Infections puerpérales 5. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 164. — Autres tuberculoses 19. — Autres affections générales 61. — Malformation et débilité des âges extrêmes 42. — Bronchite aiguë 22. — Pneumonie 60. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 19. — au sein et mixte 25 — Inconnu 4. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 62. — de l'appareil respiratoire 83. — de l'appareil digestif 46 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 7. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 28. — Causes non classées 19. — Total de la semaine : 951 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine, par Léon Arduin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Un vol. in-8 de 130 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Les marquisiens, études physiologiques, anthropologiques et ethnologiques, par le docteur Clavel, médecin de deuxième classe de la marine. Un vol. grand in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traitement de la phthisie pulmonaire, par l'huile essentielle de térébenthine, par le docteur Ernest Brémond fils, chevalier de la Légion d'Honneur, médecin du lycée Condorcet, membre de la Société de thérapeutique, etc., et le docteur Gouël, médecin de l'hôpital de Villepinte, membre de la Société médico-pratique. — Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulev. St-Germain.

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin, paraissant par fascicules de 180 pages petit in-4 à deux colonnes, avec de nombreuses figures dans le texte. — Sont en vente : Tome I (fascicule 1 à 5), prix : 25 fr. — Tome II (fascicule 6 à 10), 25 fr. — L'ouvrage sera complet en quatre volumes Les tomes III et IV paraîtront comme les deux premiers en 10 fascicules. — Tous les fascicules se vendent séparément 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie **Octave DOIN**, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 85, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE : Sur les ruptures du cœur. — RECUEIL DE FAITS CLINIQUES : Version spontanée céphalique. — REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE : Obstétrique et gynécologie : Des rapports entre la menstruation et le développement du fœtus à terme. — Un cas de déchirure complète de l'urètre pendant l'accouchement. — Un cas de rupture traumatique de l'utérus chez une femme gravide. — Observation de corps étranger dans l'utérus. — BIBLIOGRAPHIE : Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux. — INDEX DE THÉRAPEUTIQUE. — BULLETIN : Séance publique de l'Académie de médecine. — Éloge de Chassaignac. — NOTES ET INFORMATIONS. — NOUVELLES. — Thèses. — Démographie. — Librairie. — FEUILLETON : Les livres d'étrennes.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES RUPTURES DU CŒUR, par ALBERT ROBIN.

I

Les ruptures du cœur ont fait depuis Harvey le sujet d'importants travaux. On sait qu'elles surviennent à une époque avancée de la vie, chez des individus atteints de myocardite scléreuse dont le point de départ a lieu autour des vaisseaux nourriciers du cœur ; on leur attribue habituellement pour cause un effort qui augmente temporairement le travail du cœur ou accroît la tension du sang dans ses cavités ; enfin on s'accorde pour admettre que la mort, arrivant subitement dans la plupart des cas, la symptomatologie se trouve réduite à son minimum.

Et cependant, dans le cours de cette année, j'ai observé trois cas de rupture du ventricule gauche dans lesquels l'effort ne peut être incriminé, et où la rupture semble s'être effectuée d'une manière progressive, donnant ainsi lieu à quelques symptômes d'une telle constance que l'idée d'une relation de cause à effet s'impose avec la dernière évidence. Le schème classique me semble donc devoir être complété, tant au point de vue de son expression symptomatique qu'à celui de son anatomie pathologique et des conditions qui déterminent la rupture. Ceci fait, je démontrerai que les symptômes dont il s'agit dépendent de l'acte de la rupture envisagé en lui-même et non de l'épanchement du sang dans le péricarde.

Mes trois malades ont été frappés, pour ainsi dire, en pleine santé, alors qu'aucun symptôme n'avait attiré leur attention ni celle du médecin du côté du cœur. Et, dans les deux cas où l'examen du myocarde put être pratiqué, on trouva des lésions de myocardite scléreuse ; par conséquent, ces lésions, qui avaient de longue date préparé la rupture, étaient restées silencieuses (1).

Sur 27 observations recueillies dans les auteurs, et assez complètes pour que l'état antérieur du malade ait été noté, on en compte 17, soit 62 % dans lesquelles le sujet a été frappé dans un état de santé plus ou moins parfait, mais sans qu'aucun signe objectif ou subjectif ait fait soupçonner préalablement l'existence d'une affection cardiaque. Sur les dix autres malades, cinq avaient une dyspnée habituelle ; trois, des palpitations et de la dyspnée ; deux, une douleur vague dans la région du cœur ; le dernier, des élancements cardiaques, des étourdissements et des vertiges.

On peut donc poser cette première conclusion que les myocardites qui aboutissent à la rupture du cœur sont le plus souvent latentes, et que, dans les cas moins fréquents où elles parlent, elles n'ont pour manifestation qu'une symptomatologie vague et impuissante à les faire connaître.

(1) Dans un mémoire récent sur la dégénérescence du cœur, j'ai déjà fait remarquer ce caractère insidieux de certaines myocardites qui évoluent assez lentement et d'une manière assez discrète pour qu'aucune symptomatologie précise ne traduise leur existence. (Voyez GAZETTE MÉDICALE, mars 1885.)

FEUILLETON

LES LIVRES D'ÉTRENNES.

La librairie Hachette fait tous les ans, dans les livres d'étrennes qu'elle publie, une part importante à la science. Nous signalerons en particulier la collection qui, sous le titre de *Bibliothèque des merveilles*, comprend un nombre toujours croissant de petits volumes in-16 consacrés à l'étude et à la vulgarisation d'un point de la science, de l'art, ou de leurs principales applications.

Voici d'abord un volume de M. Gaston Tissandier, intitulé : *La navigation aérienne, l'aviation et la direction des aérostats, dans les temps anciens et modernes*. Le sujet est des plus actuels, des plus intéressants et ne pouvait être traité par une plume plus compétente. Le problème de la navigation aérienne s'est posé à l'homme de tout temps et, depuis les ailes de Dédale et d'Icare jusqu'à l'aérostat dirigeable électrique de MM. Renard et Krebs, a provoqué les recherches et fait naître les inventions les plus diverses. Est-ce à dire qu'il soit résolu ? M. Tissandier, qui a tant contribué personnellement à faire avancer la question, ne le pense pas : « La conquête de l'air par les aérostats dirigeables, dit-il, déjà commencée depuis peu, sera continuée dans le présent et achevée dans l'avenir. ». Nous pouvons ajouter que, dans la pensée de l'auteur, et peut-être dans celle de maint lecteur qui l'aura suivi dans la relation de tous les efforts tentés et des progrès réalisés, cet avenir n'est pas très éloigné. Il y a lieu de le souhaiter vivement, car la navigation aérienne fournira à l'activité humaine des éléments nouveaux d'une haute importance scientifique et sociale. En attendant, il est juste de rendre hommage à tous ces inventeurs désintéressés, à tous ces hardis aéronautes dont M. Tissandier nous fait connaître les persévérants travaux, et qui n'ont reculé devant aucun sacrifice, même devant le sacrifice de leur vie, pour accroître la puissance de l'homme sur la nature.

— Moins soluble paraît être le problème simplement posé par M. Wilfrid de Fonvielle dans le second volume que nous avons sous les yeux, et qui a pour titre : *Le monde des atomes* ; l'auteur lui-même, au lieu d'avoir foi dans l'avenir pour élucider des points

II

La théorie actuellement admise fait jouer à l'effort un rôle prédominant dans la rupture. Le myocarde, lentement désorganisé, faiblit peu à peu : vienne un effort, une dépense cardiaque subite et plus considérable, il se produit une augmentation de tension portant sur des parois dont la résistance est amoindrie et qui cèdent à cet excès de pression.

Mais combien de faits négatifs l'on peut opposer à cette manière de voir, à commencer par ceux où l'effort n'a pu être constaté et par les cas où la rupture est survenue pendant le sommeil, par exemple. L'une de mes observations vient apporter aussi un puissant argument contradictoire. Le cœur était rompu en deux endroits et les deux ruptures étaient de sens différents, quoique de même forme et parallèles entre elles. La première s'était produite de dedans en dehors; la seconde de dehors en dedans, puisqu'elle intéressait le bord externe du ventricule gauche sans pénétrer dans sa cavité; c'était le premier stade d'une rupture qui eut probablement abouti à une perforation complète si la malade n'avait été emportée par la rupture supérieure. Or si, sur un même cœur, il peut se faire deux ruptures de sens opposé, que devient l'hypothèse de l'effort, lequel devrait toujours aboutir à des perforations dans le même sens, mais non à des ruptures de sens inverse, surtout quand ce sens est opposé à celui de la tension du sang.

Donc, tout en admettant que, dans un grand nombre de circonstances, l'effort peut être invoqué comme cause occasionnelle de la rupture du cœur, on peut assurer que fort souvent la lésion myocardique elle-même, aidée par les mouvements normaux du cœur, suffit à la provoquer.

Mais, dira-t-on, s'il en est ainsi, la rupture devrait être la terminaison commune de ces myocardites qui sont relativement assez fréquentes, et pourtant cette rupture est un accident presque exceptionnel ? Je crois aussi qu'il est utile de faire intervenir une autre condition d'ordre anatomique, c'est la désintégration de la fibre cardiaque dont M. le professeur J. Renaut et mon collègue Landouzi ont donné la description. Dans deux de mes observations, l'examen histologique a pu être pratiqué ; dans les deux cas, cette désintégration existait à un haut degré.

Aussi, sans vouloir généraliser, surtout en présence d'un cas contradictoire dû à M. le professeur Damaschino, je conclus que dans mes deux cas la sclérose cardiaque, l'atrophie et la dissociation des fibres musculaires peuvent être considérées comme la condition anatomique prédisposante de la rupture, dont la désintégration serait la cause immédiatement déterminante.

La résistance du cœur, si considérablement affaiblie par la myocardite chronique, trouve son dernier refuge dans les faisceaux musculaires qui persistent. La segmentation ruine cette ressource ultime.

III

Dans mes trois cas, la mort a été aussi subite qu'il est possible. L'une de mes malades a succombé devant moi pendant la visite et au moment où elle racontait son histoire ; il s'est écoulé 70 secondes entre le début des accidents et la mort totale.

Néanmoins, en étudiant de plus près la manière dont les choses se sont passées, je me suis convaincu que cette mort rapide avait été précédée par quelques symptômes auxquels je n'avais pas attaché d'importance et qui pourtant ne manqueront pas d'attirer l'attention par la constance avec laquelle ils se sont montrés dans les trois cas.

Dans le premier, la malade fut réveillée subitement dans la nuit du 8 au 9 novembre par une vive douleur paraissant perforer la poitrine au-dessous de la clavicule gauche, s'irradiant dans l'épaule et exaspérée par les mouvements de l'épaule et du bras. Quand cette douleur se calma, il survint un engourdissement pénible dans les deux bras et les deux jambes. Pendant trois jours, elle eut des accès douloureux plus ou moins forts, mais sans jamais cesser de souffrir, et se plaignant, entre autres choses, d'une sensibilité insolite de la région précordiale. Le matin du troisième jour, alors que je l'interrogeais, elle s'écria tout à coup : « Voilà ma douleur qui me reprend », et tomba comme foudroyée.

La deuxième malade éprouva deux jours avant sa mort une douleur violente dans le côté gauche de la poitrine et dans l'épaule, augmentée par les mouvements du bras, continue, avec des exacerbations sans cause qui donnaient la sensation de l'évanouissement.

Le troisième se plaignait depuis quelques jours d'une douleur dans la région sous-claviculaire gauche et d'un peu

aussi obscurs, termine son livre par cet aveu d'impuissance et de découragement :

« Nous pouvons nous amuser à courir après les follets que nous voyons errer à travers les ténèbres de notre esprit. C'est un exercice agréable et salutaire ; mais sachons bien que nous ne saurons jamais les atteindre, saisir, palper. De plus habiles, de plus grands que nous y ont employé leur jeunesse et ont fini par s'asseoir fatigués, désespérés, attendant avec impatience la mort au fond de quelque horrible précipice. »

Nous engageons néanmoins le lecteur à ne pas partager ce découragement, contre lequel le livre même de l'auteur proteste. Si, sur certains points, il nous est impossible d'atteindre à la vérité absolue, si nous devons borner notre ambition aux vérités contingentes, aux théories, aux hypothèses, il n'en est pas moins important de suivre l'évolution de l'esprit humain aux prises avec les phénomènes nombreux qu'il découvre et, sous ce rapport, le livre de M. de Fonvielle, qui nous permet de rapprocher et de comparer les atomes de Démocrite, les atomes crochus de Lucrèce, les tourbillons de Dessartes, l'éther de Huyghens et ses vibrations, les corpuscules lumineux de Newton, le bombardement universel de Lesage, la théorie atomique, la théorie mécanique de la chaleur etc., etc., ce livre, disons-nous, malgré un léger voile de métaphysique, présente un réel intérêt.

— M. Guillaume Capus, dans son livre sur l'*Œuf chez les plantes et les animaux* nous ramène à des notions d'un ordre plus concret. Il nous fait connaître les modes de reproduction des différents êtres vivants, en allant du simple au composé. C'est ainsi qu'il commence à étudier, pour les plantes, l'œuf des cryptogames avant celui des phanérogames. De même, après avoir décrit l'œuf animal en général, dont l'œuf de l'oiseau est le type le plus parfait, il étudie l'œuf successivement chez les protozoaires, les vers, les articulés, les mollusques, les poissons, les batraciens et les reptiles, enfin les oiseaux. De nombreuses gravures ajoutent de la clarté et de l'intérêt aux descriptions. Une notion générale se dégage de cette étude ou plutôt a servi de plan à l'ouvrage : c'est que « plantes et animaux ne sont pas superposés l'un à l'autre dans une direction linéaire, mais divergent à angle aigu d'une base commune. Au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle des plantes ou des animaux, on voit les unes et les autres se sim-

d'oppression. Un soir, à sept heures et demie, il était à table et mangeait d'un bon appétit; il se lève pour prendre du pain et sent alors une douleur assez vive dans l'épaule gauche avec engourdissement du bras. La douleur s'atténua sans disparaître et l'engourdissement persista toute la soirée. Après une très bonne nuit, notre homme se lève, le bras encore très engourdi et demande son déjeuner. Il prend une chaise pour s'asseoir, il tombe mort.

Il est certain que, dans le premier cas, l'accès douloureux qui précéda immédiatement la mort était dû à la déchirure finale du cœur; par suite, il est fort probable que la même douleur, au même siége, survenue quarante-huit heures auparavant, reconnaissait pour cause le premier acte de cette rupture qui, comme l'a démontré l'examen anatomique, s'est effectuée en plusieurs temps.

Ce fait nous autorise à établir une sorte de période prémonitoire de la rupture *définitive* du cœur, fondée d'une part sur le fait anatomique de cette rupture qui s'opère souvent par temps successifs, d'autre part sur l'existence de symptômes qui en traduisent les étapes.

Ces symptômes se rapprochent beaucoup du type fourni par mes trois malades. D'après les recherches statistiques que j'ai faites, ils existeraient dans 60 % des cas environ. Leur début est marqué par un accès douloureux qui offre de grandes analogies avec l'accès d'angine de poitrine; douleur subite, précordiale ou sous-claviculaire, variant de la simple pesanteur à la sensation la plus déchirante, s'irradiant dans l'épaule et le bras gauche avec les caractères de l'engourdissement. Telle est sa caractéristique habituelle, à laquelle viennent se surajouter parfois des symptômes accessoires, comme la dyspnée, l'oppression, l'accès de suffocation, l'angoisse, la sensation de rupture cardiaque, l'engourdissement douloureux des membres inférieurs. Plus rarement, l'accès initial semble réduit à un engourdissement du bras gauche et même du bras droit.

Après cette première atteinte, il y a une sorte d'atténuation des symptômes douloureux, mais ce qui est tout à fait particulier et différencie ceux-ci de l'angine de poitrine ordinaire, c'est que, la période aiguë une fois passée, ils ne disparaissent pas, mais persistent sous une forme plus ou moins atténuée jusqu'à l'accès terminal. Une seconde particularité consiste dans le réveil de la douleur par les mouvements de l'épaule et du bras, continuant même après la cessation de l'accès initial et donnant l'impression d'une algie rhumatoïde.

J'attribue ces accès angineux au fait même de la rupture. Quand s'opère la première solution de continuité, le sang ventriculaire pénètre dans les interstices de la déchirure. Puis, l'effort systolique et la tension circulatoire aidant, le sang tend de plus en plus à dissocier la paroi dans laquelle il s'est frayé un passage. Ce sont là des conditions *permanentes* auxquelles répond un état symptomatique *permanent* dont la douleur persistante et — pourrait-on dire — l'accès angineux atténué, mais prolongé, est l'élément prédominant. A chaque pas en avant fait un peu brusquement dans la rupture, répond une poussée douloureuse qui reproduit avec plus ou moins d'intensité l'accès primitif et vient exacerber la douleur due à la dissociation cardiaque originelle.

IV

Je viens d'avancer que la symptomatologie qui précède traduisait la rupture cardiaque. Mais, à côté de l'acte mécanique de celle-ci, il existe un second acte de haute importance, c'est l'irruption du sang dans le péricarde; et l'on pourrait se demander si les symptômes visés ne correspondraient pas plutôt à l'acte de l'épanchement qu'à celui de la rupture. L'intervalle parfois considérable qui s'écoule entre le début des accidents et la mort constitue déjà un argument contre la première hypothèse; en outre, dans nos trois cas, l'auscultation du cœur pratiquée entre l'accès initial et la terminaison fatale n'a rien révélé d'anormal. Enfin, un cas tout à fait exceptionnel m'a donné l'occasion d'étudier la symptomatologie des épanchements sanguins dans le péricarde, quand ils ne sont ni assez rapides ni assez abondants pour causer subitement la mort.

Il s'agit d'un cas de rupture de la veine coronaire avec épanchement progressif du sang dans le péricarde et survie de huit heures.

La malade, rhumatisante d'ancienne date, était atteinte d'une double insuffisance tricuspide et mitrale. Sous l'influence des conditions nouvelles créées dans la circulation intra-cardiaque par cette double lésion, la veine coronaire subit une dilatation comme variqueuse qui prépara sa rupture.

---

plifier de plus en plus; les caractères distinctifs qui différencient si fortement les représentants élevés de ces deux règnes que l'examen superficiel nous renseigne immédiatement sur leur nature animale ou végétale, s'effacent et les limites disparaissent. Enfin, au sommet de l'angle aigu, nous trouvons des êtres vivants, de forme et de structure fort simples, qui n'ont pas encore reçu le cachet propre à l'un des deux règnes, qui ne sont ni plante ni animal, mais des êtres vivants et se reproduisant avec des caractères communs aux représentants des deux règnes. »

— Avec M. Paul Laffitte, nous quittons le terrain de la science pour celui de l'art, et de l'art par excellence, de l'art le plus puissant : nous avons nommé la *Parole*. Nous ne saurions donner une meilleure idée de cet intéressant petit livre qu'en reproduisant le passage suivant, qui termine l'introduction :

« Les Grecs, les Romains, dit l'auteur, ont été nos maîtres dans l'art de la parole : deux chapitres sont consacrés à l'éloquence à Athènes et à Rome. On a suivi ensuite la parole française depuis les origines jusqu'à la fin du siècle dernier, s'arrêtant au moment où l'histoire devient la politique; les titres des chapitres rappellent les principales divisions de l'éloquence : parole sacrée, parole politique, parole judiciaire, parole militaire. Il faut à l'œuvre, même la plus modeste, une idée qui en relie les différentes parties : l'idée, ici, c'est l'unité de la langue et de la patrie. Nous n'avons pas reculé devant les citations : nous avons laissé parler le plus souvent ceux qui ont été les maîtres de la parole. Dans les pages que nous avons citées, plus d'une est une leçon d'héroïsme et de vertu. »

Un certain nombre de gravures reproduisent les traits de quelques grands orateurs, différentes assemblées ou scènes historiques dans lesquelles l'éloquence a joué un rôle important.

F. DE R.

L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi dernier voté une mention honorable de 1,500 francs (concours du prix Bréant), pour ses recherches sur l'épidémie cholérique dans les hôpitaux de Paris en 1884, à notre collaborateur, M. Emile Rivière, déjà lauréat de l'Institut au mois de février dernier, pour ses travaux d'anthropologie et paléontologie.

Au moment où celle-ci s'effectua, plutôt sous forme de fissure que de rupture proprement dite, il y eut un accès subit d'orthopnée avec extinction de la voix et refroidissement des extrémités.

La malade perçut en même temps une douleur localisée de la région précordiale avec retentissement dans le point correspondant du dos, et sensation de plénitude et de battement.

La face prit soudain une expression d'angoisse, la pupille se dilata.

Et le cœur se mit à battre avec une incroyable énergie, soulevant tout le côté gauche par ses palpitations tumultueuses coupées de nombreux faux-pas. Le pouls, faible et fuyant, battit 200, puis devint incomptable.

A l'auscultation du cœur, on percevait un bruit singulier dont le maximum était à la pointe et qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un clapotement plus lent que les bruits valvulaires.

La figure devint cireuse; le clapotement s'atténua, puis disparut; les battements du cœur se précipitèrent en s'affaiblissant, et la mort survint en huit heures.

Cette symptomatologie de l'épanchement sanguin progressif du péricarde diffère trop nettement de celle que j'ai attribué plus haut à la rupture du cœur pour que la confusion soit possible.

Résumons maintenant dans une formule rapide les éclaircissements que mes observations apportent dans la connaissance des ruptures du cœur.

C'est d'abord le silence presque complet de la myocardite antécédente, puis la possibilité des ruptures de dehors en dedans, dans le sens opposé à la tension sanguine, par conséquent le rôle de l'effort systolique normal, suffisant dans beaucoup de cas, pour déterminer une rupture préparée de longue main par la myocardite dont la désintégration cardiaque de J. Renaut est l'une des terminaisons. C'est ensuite la symptomatologie de la rupture, avec ses étapes successives, caractérisées par autant d'accès angineux. Enfin, c'est la différenciation des symptômes qui sont provoqués par la rupture, et de ceux qui tiennent à l'épanchement progressif du sang dans le péricarde.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Version spontanée céphalique (1); observation recueillie à l'hôpital de Lourcine, service de M. le docteur Pozzi, par M. A. Martha.

La nommée R..., âgée de 22 ans, domestique, entre à l'hôpital de Lourcine pour des accidents syphilitiques.

La malade a toujours eu une bonne santé. La syphilis semble remonter à dix mois. Il y a trois ans, fausse couche de six mois. Deuxième grossesse il y a deux ans : l'enfant, né à terme, est mort à l'âge de six semaines.

Cette femme est enceinte de près de huit mois; le fœtus est en O.I.G.P.

Le 20 octobre, elle tombe sur le ventre en descendant un escalier et ressent de violentes douleurs. Examinée quelques minutes après l'accident, nous remarquons que l'aspect du ventre a changé, la tête est à droite dans la fosse iliaque, tandis que le siège est placé à gauche. Les bruits du cœur se laissent entendre à environ deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le lendemain, 21 octobre, comme le fœtus est toujours placé transversalement, nous essayons deux fois la version par manœuvres externes, mais nous n'obtenons aucun résultat.

Le 22 octobre, nouvelles tentatives; le fœtus ne peut être mobilisé.

Le 25 octobre, nous trouvons que le fœtus a quitté sa position; il n'est plus placé transversalement : la tête est en haut, et la palpation permet de la sentir aisément. Au toucher vaginal, on sent les talons au travers du segment inférieur de l'utérus. Le summum des bruits du cœur se trouve au-dessus de l'ombilic.

Le 27 octobre, la malade nous dit que la veille au soir elle a senti de grands mouvements et qu'elle est certaine que l'enfant a changé de place.

En effet, la position n'est plus la même; la tête est en bas, le siège en haut et à droite; les battements du cœur sont perçus au-dessous et à gauche de l'ombilic; la palpation nous permet de sentir à gauche un plan résistant; à droite, il y a une certaine rénitence.

Le 18 novembre, la malade accouche naturellement. Quelques minutes avant l'accouchement, le toucher vaginal vient encore confirmer notre diagnostic de O.I.G.P.

Réflexions. — Ainsi cette femme a d'abord eu une présentation du sommet en O. I. G. P., une présentation transversale du tronc, puis une présentation du siége, enfin une présentation du sommet en O. I. G. P.

Cette série de déplacements, qui se sont effectués naturellement, alors que la version par manœuvres externes avait échoué, nous a paru intéressante.

M. le professeur Pinard (*Traité du palper abdominal*, 1878, page 186) a écrit, en parlant de la version par manœuvres externes dans les cas où la tête repose au niveau d'une des fosses iliaques et le siége dans le flanc opposé : « Cette manœuvre est des plus simples, je ne l'ai jamais vue échouer pendant la grossesse. » Dans chacune de nos tentatives, nous avons pourtant mis en pratique les préceptes de M. Pinard : nous avons, « par une pression lente et soutenue exercée en sens inverse sur l'une et l'autre extrémité », essayé de mobiliser la tête et le pelvis; ayant échoué, nous avions employé la méthode de M. Nivet qui recommande de n'agir que sur l'extrémité céphalique. Dans notre troisième tentative, nous avons repris la méthode indiquée par M. Pinard.

(1) Voir Archives de tocologie, juin 1885.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

Obstétrique et gynécologie

Des rapports entre la menstruation et le développement du fœtus a terme, par le docteur P. Negri.

Quelques auteurs ont rangé la menstruation parmi les causes qui peuvent avoir une influence sur le développement plus ou moins grand du fœtus. Le professeur Al. Cuzzi, dans la Rivista clinica (1882), a étudié la durée de l'hémorrhagie menstruelle par rapport au développement du fœtus à terme et à la grossesse multiple. Ces recherches ont été l'origine de celles entreprises par l'auteur.

Le docteur P. Negri a puisé ses documents dans les registres de la Maternité de Milan et de Novare; ses résultats reposent sur l'examen de 1,200 accouchements environ; pour éviter toute erreur, il a éliminé les fœtus dont le poids était inférieur à 2,700 grammes.

L'apparition tardive ou précoce de la menstruation a-t-elle une influence sur le poids et la longueur d'un fœtus à terme, né d'une primipare?

D'après Wernich, qui paraît être le premier auteur qui se soit occupé de cette question, les femmes à menstruation précoce auraient des enfants plus volumineux que les femmes à menstruation tardive.

Le docteur P. Negri a divisé ses observations en trois catégories :

1° *Femmes primipares menstruées avant treize ans, accouchées à terme.*

Poids moyen des enfants. . . . 3,001 gr.
Longueur moyenne. . . . . . . 0,488 millim.

2° *Femmes primipares menstruées après dix-sept ans, accouchées à terme.*

Poids moyen des enfants. . . . 3,103 gr.
Longueur moyenne. . . . . . . 0,498 millim.

3° *Femmes primipares menstruées entre 13 et 17 ans, accouchées à terme.*

Poids moyen des enfants. 3,162 grammes.
Longueur moyenne. . . . 0,497 millim.

Ces résultats ont besoin d'être expliqués.

Si on considère la première catégorie, on trouve une *seule* observation de primipare réglée à 9 ans, et dont le fœtus pese exactement 2,700 gr.

Dans la deuxième catégorie, une seule observation également de femme réglée à 20 ans, et dont le fœtus pèse 3,150 grammes. Si on ne tient pas compte de ces observations, les moyennes seront modifiées de la façon suivante :

	Moyenne du poids.	Moyenne de la long.
Première catégorie.	3,151 gr.	0,497 millim.
Deuxième catégorie.	3,080 gr.	0,495 —

Ainsi donc, les enfants à terme des primipares à règles précoces présenteraient un poids plus grand et une longueur supérieure que ceux nés dans des conditions analogues de primipares réglées tardivement.

L'âge sexuel de la femme a-t-il une influence sur le développement du fœtus?

Il faut tout d'abord s'entendre sur ce qui constitue *l'âge sexuel.*

Le docteur Boncinelli (Lo Sperimentale, juillet 1884), distingue chez la femme trois époques ou trois âges : *l'âge absolu, l'âge sexuel* qui débute avec la première menstruation, et *l'âge génital* qui date des premiers rapports.

L'auteur adopte cette division. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'âge sexuel paraît avoir une influence sur le développement du fœtus;

2° Il paraîtrait même que les enfants de femmes d'un âge sexuel avancé sont moins développés; que le maximum de développement du fœtus serait fourni par les primipares qui accouchent entre la sixième et la dixième année de la vie sexuelle (Annali di ost. gén., mai-juin, 1885).

Marius Rey.

I. Un cas de déchirure complète de l'urètre pendant l'accouchement, par le docteur Kruckenberg (1). — II. Un cas de rupture traumatique de l'utérus chez une femme gravide, par le docteur Plenio (2). — III. Observation de corps étranger dans l'utérus, par le docteur Opitz (3).

I. Kruckenberg commence par rappeler que Wèrth a publié *in* Archiv für Gynækologie (t. IV, p. 126) un exemple de déchirure complète de l'urètre, survenue pendant un accouchement. La femme en était à sa seconde couche. L'enfant se présentait par les pieds; l'intervention manuelle du médecin s'était bornée à une traction de bas en haut exercée sur les pieds, au moment où la tête du fœtus, menton en avant, s'engageait à travers la vulve. Après la délivrance, la femme souffrit d'une incontinence totale d'urine. En explorant les parties génito-urinaires, on acquit la preuve que l'incontinence d'urine était due à une déchirure de l'urètre dans le sens de la longueur, déchirure oblique, qui s'étendait sur tout le trajet de ce canal. Werth chercha en vain dans les annales de la science un fait analogue. Il attribua la déchirure au mécanisme insolite du dégagement de la tête, celle-ci ayant pivoté autour d'un point fixe répondant à la commissure postérieure, pendant que la paroi antérieure du vagin était soumise à une distension extrême, par le fait de la rotation rapide de l'extrémité opposée de la tête.

L'observation relatée par Kruckenberg se rapporte à une femme de 28 ans qui, lors d'une première couche avec présentation du siége, avait expulsé un fœtus mort pendant le travail. Lors de sa seconde couche, elle fut délivrée, à l'aide du forceps, d'un enfant vivant. A sa troisième couche, la délivrance se fit naturellement. Parvenue à la fin de sa quatrième grossesse, elle était en plein travail et la poche des eaux venait de se rompre, lorsque la sage-femme déclara que la parturiante ne serait délivrée qu'en se tenant debout. Là-dessus, celle-ci s'arcbouta avec les deux bras sur deux dossiers de chaises, en penchant le corps en avant. A peine était-elle dans cette attitude, qu'elle sentit la tête de l'enfant s'échapper par la vulve. On la coucha de nouveau sur le lit, et l'enfant fut expulsé en totalité, sans intervention directe de la sage-femme. Mais la délivrance fut suivie d'une hémorrhagie abondante, et, pour tarir celle-ci, la sage-femme exerça avec la main une pression sur la vulve. Cela se passait au mois de mai de la présente année. Une fois délivrée, la femme ne put plus retenir ses urines. Elle se fit admettre à la clinique de Bonn, le 3 juillet dernier. L'exploration des organes génito-urinaires fit reconnaître l'existence d'une déchirure longitudinale sur la ligne médiane et sur toute la longueur de la paroi postérieure de l'urètre. Les bords de la déchirure étaient lisses, adossés l'un à l'autre; il n'y avait donc aucune perte de substance. On aviva ces bords et on les souda l'un à l'autre au moyen de points de suture. Pendant les premiers huit jours qui suivirent l'opération, on draina la vessie suivant le procédé de Fritsch. Marche apyrétique, cicatrisation par première intention. La malade pouvait de nouveau retenir ses urines, mais elle était obligée de satisfaire ses besoins toutes les cinq minutes, ce qu'on attribua, en l'absence de tout symptôme de cystite, à une insuffisance du sphincter vésical et des plans musculaires de la vessie. Le 27 juillet, au moment de sa sor-

(1) Centralblatt für Gynæcologie, 1885, n° 48, p. 753.
(2) Ibidem, n° 47, p. 737.
(3) Ibidem, n° 46, p. 727.

tie de l'hôpital, la malade pouvait retenir ses envies d'uriner pendant vingt minutes.

II. Une jeune fille de 19 ans était au huitième mois d'une première grossesse, lorsque, le 7 juillet 1884, elle tomba en arrière, du haut d'une voiture chargée de foin. D'après ses dires, elle avait touché le sol avec l'une des épaules et la partie supérieure du dos. Elle resta quelques instants sans connaissance; en revenant à elle, elle éprouvait une violente douleur dans le ventre. On la transporta aussitôt à l'hôpital d'Elbing, situé à un kilomètre environ du lieu de l'accident. Pendant le trajet, elle ne rendit par les parties génitales ni sang ni autre liquide. L'accident avait eu lieu vers midi. A trois heures et demie, la malade fut examinée par le médecin de l'hôpital, qui reconnut très distinctement la présence de parties fœtales dans le ventre, au-dessus de l'utérus fortement contracté. La respiration était accélérée. Pouls, 106. La palpation de l'abdomen et le toucher vaginal (caillots de sang) ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une rupture de l'utérus avec expulsion du fœtus dans la cavité de l'abdomen. On n'entendait plus les battements du cœur fœtal.

On se décida à recourir à la laparotomie comme à l'unique et suprême ressource. L'opération fut pratiquée pendant que la jeune femme était plongée dans le sommeil chloroformique. Après ouverture du ventre le long de la ligne blanche, l'utérus, fortement contracté, se présenta près de l'extrémité inférieure de l'incision, portant sur sa partie supérieure une déchirure; au-dessus de celle-ci se voyait le siège du fœtus à droite, avec les membres tournés vers l'utérus; le placenta paraissait encore être contenu dans la cavité utérine. Une petite quantité seulement de sang et de liquide amniotique s'était répandue dans la cavité abdominale. Le fœtus fut extrait sans difficulté; le corps de l'utérus fut attiré et fixé contre l'incision abdominale, et on put ainsi extraire le placenta, sans issue de la moindre trace de sang ou de liquide dans la cavité péritonéale. La déchirure intéressait exclusivement la paroi antérieure de l'utérus. Ses lèvres furent suturées avec de la soie. Introduction dans la cavité utérine d'un drain qu'on fit ressortir par la cavité du col, dans le vagin. Toilette du péritoine, très soigneuse. Pansement à l'iodoforme. Nous passons sur les incidents consécutifs, qui nécessitèrent des soins prolongés. Finalement, la malade a guéri.

III. L'observation de M. Opitz est un exemple curieux de corps étranger retenu dans la cavité utérine, à ajouter à la liste des faits du même ordre consignés dans les recueils de la littérature médicale. Elle est relative à une femme de 30 ans, d'une bonne santé, bien réglée, et qui avait eu quatre couches, la dernière remontant à deux années et demie de l'époque où la malade se présenta à l'hôpital de Chemnitz. Cette femme se plaignait d'éprouver une sensation anormale dans les organes génitaux et d'être sujette à un écoulement de mucus brunâtre par la vulve. A l'exploration manuelle, on constatait que l'utérus occupait une position normale et qu'il était légèrement augmenté de volume; sa sensibilité au toucher n'était pas accrue; les ovaires n'étaient ni déplacés ni augmentés de volume. La cavité du col était entr'ouverte. En y introduisant un doigt, on arrivait sur un corps dur, à rebord tranchant, qu'il fut facile d'extraire à l'aide d'une pince recourbée. C'était un morceau d'os, de 3 centimètres de long et 1 centimètre 1/2 de large, aplati, sans parties molles adhérentes, répandant une odeur fétide, et qu'on reconnut sans peine pour un fragment d'un temporal (portion attenante au pariétal) de nouveau-né.

En poursuivant l'interrogatoire de la femme, on apprit seulement que sa dernière couche avait été très laborieuse et que, pour la mener à bonne fin, il avait fallu recourir à la céphalotripsie. Des renseignements complémentaires fournis par le médecin qui avait fait l'accouchement, il est résulté que la céphalotripsie avait été jugée nécessaire, parce qu'on avait constaté un rétrécissement du bassin et qu'il y avait procidence de l'un des bras du fœtus; l'accouchement ne put être terminé qu'avec le secours du cranioclaste. Les suites de couches furent tout à fait normales.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par L. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, etc. — Tome Ier. G. Masson, éditeur. Paris, 1885.

Rendons tout de suite hommage à la haute valeur de ce livre. Résultat de plus de trente années d'études poursuivies dans la même direction par l'éminent chirurgien de Lyon, il honore à la fois son auteur, l'École à laquelle il appartient, la science française tout entière. Depuis le grand Traité de Bonnet, aucun pays n'avait produit sur ce sujet d'ouvrage d'ensemble réunissant à un tel degré l'érudition, le sens clinique, l'ingéniosité thérapeutique. Le livre de M. Ollier a de plus le rare mérite d'être en majeure partie consacré à exposer des idées et des procédés qui lui appartiennent en propre, dont il a été l'initiateur heureux et le propagateur infatigable.

C'est en 1867 que paraissait son *Traité expérimental et clinique de la régénération des os* qui résumait de nombreux mémoires publiés depuis 1858. Il est intéressant de comparer le chemin parcouru depuis cette époque relativement récente par le professeur Ollier. Certes, on trouve déjà en 1867 l'exposé complet de la méthode sous capsulo-périostée. Mais la démonstration était encore plus théorique que pratique; les expériences sur les animaux tenaient plus de place que les observations faites au lit des malades. Maintenant c'est par séries nombreuses que l'auteur parle des opérations conservatrices qu'il a pratiquées. Pour se borner aux résections totales ou semi-articulaires des six grandes articulations des membres, il en compte environ trois cents. Quant au nombre de malades atteints d'affections articulaires qu'il a eu à traiter dans son immense pratique nosocomiale et particulière, on peut dire hardiment qu'il dépasse celui de tout autre chirurgien.

Tandis que les matériaux cliniques s'acumulaient dans ses mains, M. Ollier prenait une part active à la révolution qui a marqué la chirurgie contemporaine, la méthode antiseptique. De là deux phases qu'il a lui-même pris le soin de faire ressortir, dans son existence scientifique. Avant la période antiseptique, il n'opérait qu'à la dernière extrémité et lorsqu'il était tout à fait impossible de faire autrement, et préférait alors les opérations plus économiques du tissu osseux, telles que l'abrasion, l'évidement et la cautérisation articulaire. Ayant vu d'abord ce qu'on obtenait sans les résections, il a donc mieux été à même d'apprécier les résultats qu'elles

pouvaient fournir, lorsque, plus tard, l'antisepsie lui eût donné une hardiesse nouvelle. Cette évolution de son expérience clinique n'a pas été sans avantages pour le lecteur. Les jeunes chirurgiens nés à la pratique depuis l'ère Listérienne sont souvent portés à en venir d'emblée aux opérations les plus radicales, oubliant, suivant la remarque judicieuse de l'auteur, « que le succès ne justifie rien par lui-même et que le pouvoir de faire certaines opérations sans grand danger ne nous donne pas le droit de les pratiquer..... Plus la chirurgie devient entreprenante, plus elle doit calculer les conséquences de son intervention; en d'autres termes, plus elle devient puissante, plus elle doit demeurer morale ».

Mais il ne faut pas nous attarder dans ces considérations générales ; nous avons hâte d'arriver à l'analyse rapide de ce livre si riche que nous devrons presque nous borner à une aride nomenclature.

Une *introduction* étendue comprend l'esquisse historique des résections et l'exposé des faits physiologiques fondamentaux.

L'auteur y discute avec érudition les travaux de Park et des Moreau, les véritables inventeurs des résections articulaires. Il rectifie l'erreur communément répandue au sujet de l'observation de White rapportée d'une façon fautive par beaucoup d'auteurs classiques. Pour la période actuelle, il donne un exposé complet de l'origine de la méthode sous-périostée. Quelques mots à ce sujet :

La conception de cette méthode date des expériences de Heine et de Flourens. Sous cette influence, Textor Syme et Blandin essayèrent de conserver le périoste dans leurs résections, mais sans rien changer pour cela aux procédés usuels. Malgaigne, en recommandant cette conservation chez les enfants, n'avait en vue que les résections diaphysaires. Larghi (de Verceil), après Albrecht Wagner, avait bien aussi recommandé la conservation des capsules articulaires. Mais l'un et l'autre, uniquement préoccupés du point de vue théorique, n'avaient donné que des procédés impraticables pour le chirurgien. Tel était l'état de la question quand Ollier publia une série de mémoires en 1858 dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. S'appuyant sur les résultats de ces expériences de transplantation du périoste, il proposa hardiment la reconstitution des articulations par la conservation de la gaîne périostéo-capsulaire et institua le premier des procédés opératoires pour atteindre ce but avec des instruments spéciaux. De la phase expérimentale et théorique, la méthode entrait dès lors dans la phase pratique et chirurgicale. L'honneur de cette transformation radicale ne saurait être contesté au professeur de Lyon. Qu'il y a loin des opérations minutieusement réglées et ingénieusement conçues qu'il décrit au simple *grattage* du périoste auquel se bornaient les rares chirurgiens qui croyaient déjà aux propriétés régénératrices de cette membrane ! Baudens, qui tenait le premier rang parmi ceux-ci, ne recommandait-il pas de rabattre *comme un petit capuchon* sur la tête de l'humérus les lambeaux de périoste conservés ? Il y a encore plus de distance entre cette manœuvre et le procédé d'Ollier qu'entre le pansement à l'alcool et le pansement de Lister !

Il est curieux de relever l'accueil favorable, mais peu éclairé, fait par la chirurgie aux idées de notre auteur. Il nous fournit un exemple frappant de la distance qui sépare le mot de la chose, le principe de l'application. Les résections dites « sous-périostées », encore contestées en France, furent pratiquées en grand pendant la guerre du Schleswig-Holstein et par nos ennemis pendant la guerre franco-allemande de 1870. Mais les procédés employés étaient si défectueux que les résultats furent peu encourageants. C'est alors que Langenbeck publia des procédés destinés à rectifier la pratique de ses compatriotes, et dont ceux-ci lui attribuent généralement l'invention. Or, ils ne sont que la reproduction presque entière des procédés décrits longuement dix ans auparavant par M. Ollier. Nous insistons à dessein sur ce fait que notre auteur se borne à signaler d'une indication passagère. Nos richesses scientifiques n'ont pas été comprises dans l'annexion de nos provinces par le vainqueur.

La *première partie* de l'ouvrage traite des RÉSECTIONS EN GÉNÉRAL (technique, indications, résultats généraux). Envisagées au point de vue de la lésion qui les nécessite, ces opérations doivent être divisées en diverses catégories :

1° *Résections pour lésions traumatiques* : fractures comminutives, luxations compliquées ; plaies par armes à feu ;

2° *Résections pour lésions inflammatoires spontanées aiguës ou chroniques* : arthrites ou ostéo-arthrites suppurées, ostéites diverses, ostéites scrofuleuses ou tuberculeuses ;

3° *Résections pour lésions organiques ou néoplasmatiques* : exostoses, chondrome, médullome, sarcome des os ;

4° *Résections orthopédiques* ou *anaplastiques* (Verneuil) : ankylose, cal vicieux, courbure rachitique, pseudarthrose, etc.

5° *Résection d'un os sain comme temps préliminaire d'une autre opération*, ou *résections préliminaires* ;

6° *Résection temporaire* (Bœckel) ou *ostéotomies suivies du replacement immédiat de la partie sectionnée* ;

7° *Résections ostéoplastiques* ou *résections suivies du transport de la partie osseuse sectionnée dans une autre région et dans un but autoplastique.*

Toutes ces opérations comportent un appareil instrumental et des règles générales. L'auteur les décrit avec soin. Nous recommandons la lecture attentive du paragraphe relatif aux instruments destinés à détacher le périoste des os ; il rectifiera bien des erreurs de pratique. Nous voudrions pouvoir transcrire en entier celui qui est relatif à la comparaison de la méthode sous-périostée et de la méthode appelée ingénieusement par l'auteur *parostale* (dénudation par dissection de Chassaignac).

Viennent ensuite les modifications aux règles opératoires générales et un paragraphe très important sur la technique générale de l'abrasion et de l'évidement osseux et articulaire, où sont exposées les manœuvres ingénieuses de *canalisation* de l'articulation pour l'écoulement des liquides, de *tunellisation* des régions à os courts, etc.

Le traitement post-opératoire des résections en constitue une des parties capitales au point de vue du résultat ultérieur. Il y a là tout un ensemble de préceptes magistraux sur l'occlusion inamovible, les pansements rares, les moyens d'empêcher la récidive des fongosités, etc. ; une étude complète des appareils de contention des membres, de la position à donner aux membres réséqués, suivant qu'on veut obtenir l'ankylose ou une articulation mobile, et des moyens d'arriver à ce dernier résultat, etc.

Un chapitre d'anatomie et de physiologie pathologiques montre ensuite en détails les processus réparateurs et la régénération osseuse après les résections, l'abrasion, l'évidement et la cautérisation osseuse. C'est une des parties les

plus originales et les plns attachantes dn livre. C'est peut-être celle qui devrait être le plus méditée par le jeune chirurgien, car elle renferme les notions élevées d'où découlent tout naturellement les préceptes particnliers de l'intervention opératoire.

Elle vient bien ici à sa place avant l'étude des indications générales dee résections. Celle-ci s'ouvre par des considérations sur les changements apportés par la méthode antiseptique dans les indications opératoires. Dans ce remarquable chapitre, l'auteur étudie aussi l'influence des doctrines régnantes sur les indications des résections. Il parle à ce propos des résections hâtives et tardives et de la valeur différente appliquée à ces expressions en Angleterre et en France. « Un chirurgien français pensera souvent faire une résection « hâtive là où la plupart des chirurgiens anglais croiront « faire une résection tardive. Le premier ne se décide en « général que lorsqu'il a épuisé tontes les ressources de l'hy- « giène et de la thérapeutique et qu'il ne lui reste plus d'espoir « ponr la conservation dn membre ; les seconde se décident à « intervenir dès que la tumeur blanche confirmée se refuse à « marcher vers la guérison..... Des résections hâtives, avec « le pansement Lister, doivent réaliser, *au point de vue orthopédique et fonctionnel*, l'idéal des résectione ; elles doivent « nous permettre d'obtenir des résultats aussi beaux que chez « les animaux sur lesquels nous avons expérimenté. Mais « l'art pour l'art n'est pas une devise chirurgicale, et l'on ne « doit se mettre en mesure d'obtenir de nouvelles articulations « que lorsque les anciennes sont irrémédiablement atteintes. « Quelque désireux que nous puissions être d'avoir de hons « résultats à la suite de nos opérations, il ne faut pas entre- « prendre de résections à moins qu'elles ne soient très nette- « ment indiquées..... La multiplication des résections dans « une pratique chirurgicale ne sera donc pas toujours un signe « de progrès. » M. Ollier cite à ce sujet la résection du genou et s'élève contre l'abus qu'on en a fait.

Les chapitres suivants sont consacrés aux indications particulières aux diverses classes de résection.

A propos des Résections pathologiques, se placent des développements d'un haut intérêt sur les lésions inflammatoires des os considérées au point de vue des résections et sur l'interprétation des lésions pathologiques par les lois de l'accroissement des os. L'étude rapide de l'ostéite dite épiphysaire, de la périostite, de l'ostéomyélite, de la carie et de la tuberculose osseuse, des suppurations articulaires, est suivie de l'exposé magistral des manœuvres chirurgicales que commandent ces lésions. Elles sont indiquées avec une précision, classées et distinguées avec une netteté qu'on chercherait vainement ailleurs.

Les résections dans les inflammations chroniques des os et des articulations et la tuberculose articulaire fournissent à l'auteur l'occasion de traiter une des questions de pathologie générale des plus à l'ordre du jour et des plus controversées : l'intervention chez les tuberculeux.

Ses conclusions, tout en étant plus hardies que celles de beaucoup de chirurgiens de notre pays, n'en sont pas moins marquées au coin de la prndence. Elles précisent la juste limite entre les excès opératoires si à la mode à l'étranger et le pessimisme outré de quelques individualités remarquables. Albert (de Vienne) n'a-t-il pas récemment à pen près proscrit les résections, en se fondant sur des idées théoriques, et n'a-t-il pas proposé de s'en tenir à l'expectation pour les enfants et à l'amputation chez les adultes ? C'était presque assimiler la tuberculose au cancer, comme si la clinique autorisait une pareille analogie.

M. Ollier proteste avec énergie contre de pareilles doctrines, tout en reconnaissant qu'il n'y a pas de régle uniforme, qu'il est des cas où l'intervention est indiquée, d'autres où elle ne l'est pas : c'est au clinicien à peser le pour et le contre et à se décider, dans chaque cas particnlier.

« Il est, écrit notre auteur, des tuberculeux qu'il faut « opérer ; — il en est qu'il est permis d'opérer ; — il en est « d'autres auxquels il ne faut pas toucher.

« On doit opérer les tuberculeux dont les poumons et les « autres organes internes sont sains, c'est-à-dire les sujets « qui ont, selon toute apparence, une tuberculose locale on « du moins une tnberculose localisée actuellement sur un or- « gane externe, sur un os ou une articulation.

« Un commencement d'altération pulmonaire n'est pas une « contre-indication si la lésion du poumon est secondaire, si « elle est développée après la lésion articulaire. Il en serait « autrement si le poumon avait été le premier malade, et si la « lésion articulaire n'était venue qu'après, comme l'expres- « sion d'une intoxication tuberculeuse déjà avancée... Ce qu'il « faut s'attacher à discerner dans le diagnostic d'une maladie « qui a déjà affecté plusieurs organes, c'est la subordination « des lésions et l'influence que la lésion externe, sur laquelle « nous pourrons agir chirurgicalement, exerce par elle-même « sur l'état général. Or une suppuration articulaire persistante « est une cause permanente d'affaiblissement et d'intoxica- « tion... Si l'on supprime la lésion initiale en temps opportun, « tout rentre dans l'ordre et l'économie peut se reconstituer « complètement sous l'influence d'une hygiène appropriée. » M. Ollier (et de nombreux chirurgiens avec lui) ont vu beaucoup de réséqués se rétablir après l'opération, alors qu'une altération pulmonaire commençante ne pouvait pas être méconnue. L'opérateur a du même coup guéri la lésion locale et permis la réparation des désordres pulmonaires sous l'influence de l'amélioration générale de la nutrition.

Peut-on intervenir encore quand les tubercules pulmonaires sont à la deuxième période de leur évolution et que lenr fonte a commencé ? Oui, répond notre auteur, à condition qu'il n'y ait pas de mouvement fébrile ni de signes de lésion amyloïde du foie ou des reins. A mesure que les lésions s'étendent, l'indication devient plus douteuse et les chances de succès, même de succès temporaire, diminuent. M. Ollier croit, toutefois, qu'on peut encore élargir le champ des opérations articulaires, grâce aux pansements antiseptiques, et, pour les formes douloureuses, qui se rencontrent quelquefois dans les tumeurs blanches des phtisiques « opérés même dans des « conditions qui paraissent contre-indiquer toute intervention... « Si on ne peut pas, dit-il, faire une résection curative, on est « autorisé, dans quelques cas exceptionnels, à faire ce que « nous avons appelé une *résection de soulagement*. » L'auteur ne dissimule pas cependant que l'intervention à une période aussi avancée est périlleuse et qu'elle peut alors donner le conp de fouet à la poussée tuberculeuse et démasquer une infection qui était latente jusqu'alore. On sait combien M. le professeur Verneuil a insisté sur de pareils dangers. Il faut toujours les avoir devant les yeux, et, s'ils ne désarment pas absolument le chirurgien, ils doivent le rendre très circonspect, surtout pour la catégorie de cas dont nous venons de parler.

Les indications générales de l'évidement, des excisions partielles du tissu osseux et des articulations, les limites que doit atteindre l'excision des tissus malades, fournissent la matière de paragraphes d'un haut intérêt, où la multiplicité des préceptes défie l'analyse même la plus sommaire. Nous ne ferons qu'énumérer ensuite les chapitres relatifs aux résections dans les affections néoplasiques et dans les lésions traumatiques. Nous signalerons tout spécialement, dans ce dernier, le passage qui a trait à l'application de la méthode sous-périostée dans la chirurgie de guerre et aux erreurs anciennes répandues à ce sujet.

Les Résections orthopédiques et les résections pratiquées sur les os sains dans un but diérétique on anaplastique sont une des conquêtes les plus récentes de la chirurgie. M. Ollier en formule les indications et discute les questions si multiples qui s'y rattachent : ostéotomie et ostéoclasie, résection avec ablation d'une zone periostée dans l'ankylose, résection dans les cas de luxations irréductibles et autres difformités articulaires congénitales ou acquises, résection dans les pseudarthroses ; ostéotomie et résection dans les cals difformes, les courbures rachitiques et autres déformations diaphysaires ; chondrectomie ou excision des cartilages de conjugaison pour arrêter l'accroissement des os et corriger certaines difformités ; moyens chirurgicaux d'augmenter l'accroissement des os en longueur.

Les Résections préléminaires et les Résections temporaires sont ensuite soigneusement étudiées.

Le dernier chapitre du volume a pour titre : *Des suites éloignées et des résultats généraux des résections*. Il s'ouvre par des considérations de physiologie pathologique sur l'influence de ces opérations sur l'accroissement des os intéressés et des autres os du membre, et sur les modifications ultérieures et tardives éprouvées par les membres reséqués au point de vue anatomique et fonctionnel.

Puis vient l'étude des résultats généraux des résections dans la chirurgie civile et dans la chirurgie d'armée, et l'appréciation de leur valeur générale au point de vue de la préservation de la vie et de l'utilité des membres conservés. C'est dans le dernier paragraphe, relatif aux résultats généraux au point de vue orthopédique et fonctionnel, qu'on peut prendre une juste idée du progrès immense que la méthode souspériostée a fait faire à la chirurgie. La comparaison des résultats de l'auteur avec ceux des grandes statistiques de Gurlt et de Culberston est particulièrement instructive. M. Ollier, sur 129 réséqués des six grandes articulations qui sont arrivés à la guérison, a vu 119 fois le membre « recouvrer son aptitude à un travail régulier ». Sur les dix opérée qui n'ont pu recouvrer une aptitude fonctionnelle suffisante, il en est sept qui n'ont pas pu ou n'ont pas voulu se soumettre au traitement post-opératoire nécessaire à la reconstitution de leur articulation. Ces chiffres ont leur éloquence.

Mais c'est dans l'étude spéciale des résections en particulier, réservée au second volume, que l'éminent chirurgien de Lyon pourra rendre encore plus évidents et plus palpables, pour ainsi dire, l'excellence des résultats de sa méthode, et forcer la conviction de ceux qui hésiteraient encore à l'adopter ou à la suivre dans toute sa rigueur.

Dans l'*introduction* de son ouvrage, l'auteur a judicieusement établi trois périodes dans l'histoire des résections articulaires. La première, d'incertitude et de confusion, va de l'antiquité à la fin du siècle dernier. La seconde, on période de systématisation et de généralisation des résections, qu'on pourrait appeler *période de Park et Moreau*, commence à ces chirurgiens et s'arrête à l'apparition de la période sons-périostée. La troisième est l'époque actuelle. Si la postérité veut les désigner, comme la précédente, par le nom qui y tient la maîtresse place, elle l'appellera la *période d'Ollier*.

Samuel Pozzi.

INDEX DE THRAPEUTIQUE.

De l'alimentation dans les maladies consomptives. — Toutes les affections chroniques sans exception, toutes les maladies consomptives, sont forcément tributaires de la médication reconstituante. Les convalescents, les phthisiques, les dyspeptiques, les vieillards débilités, ont besoin d'une alimentation qui se fasse accepter par leurs organes affaiblis et ne leur impose pas un travail au-dessus de leurs forces. Ces vérités, devenues presque banales aujourd'hui, ont cependant bien mis du temps à se faire jour. Les saignées et les purgations étaient les principaux moyens d'action de l'ancienne médecine. Il en résultait pour le malade un affaiblissement qui venait s'ajouter à celui causé par la maladie ellemême. Aussi les convalescences étaient elles longues et pénibles.

Aujourd'hui, en même temps que l'on oppose aux maladies les médicaments spécifiques dont s'est enrichie la thérapeutique, on veille à parer aux dangers de l'anémie, qui suit souvent le traitement le mieux institué ; et pour cela, on soutient le malade à l'aide d'une nourriture appropriée.

Le bouillon, dont l'action nutritive a été cependant contestée, a pour lui, tout au moins, d'exciter l'appétit, et il remplace dans bien des cas avantageusement les tisanes. Le lait rend également de très grands services. L'alcool, auquel on a reconnu la propriété de ralentir le mouvement de désassimilation, est à sa manière un aliment, car c'est un agent de nutrition indirecte. C'est à lui qu'il faut attribuer l'efficacité de la potion de Todd, des vins de Banyuls, Moschatel, Lunel, prescrits si souvent maintenant pendant les convalescences. Enfin, un certain nombre de formules pharmaceutiques ont été imaginées dans le but de faciliter l'alimentation des malades. L'élixir alimentaire Ducro notamment, bien connu des praticiens, paraît être le véritable type du médicament aliment. L'alcool et la viande concourent à sa préparation, et les écorces d'oranges amères lui communiquent des propriétés apéritives et un goût rappelant le curaçao qui le fait accepter de tous les malades. Aussi est-il pour nous une précieuse ressource, surtout lorsque nous avons affaire, comme il arrive trop souvent, à des estomacs refusant toute nourriture.

Dans la plupart des maladies chroniques, phthisie, épuisement, anémie, dyspepsies de cause organique ou autres, affections cancéreuses, l'élixir alimentaire Ducro, donné entre les repas à la dose de trois à quatre verres à liqueur par jour, nous a parfois émerveillé par la puissance et la continuité de son action analeptique. Nous n'insisterons pas davantage sur les services que nous rend couramment cette préparation dans notre pratique médicale, mais nous les avons jugés dignes d'être signalés à l'attention de nos confrères.

Dr Liégeard.

BULLETIN

Séance publique de l'Académie de médecine. — Éloge de Chassaignac.

Grâce à l'activité et à la fermeté de son président actuel, M. J. Bergeron, l'Académie est revenue à ses errements tra-

ditionnels et a pu tenir sa séance publique annuelle mardi dernier, pour la distribution des prix de l'année courante. M. Bergeron a eu encore le mérite d'en élaguer la partie abstraite, on peut dire fastidieuse, — (la proclamation du nom des lauréats et la lecture des sujets proposés pour les prix de l'an prochain) — qu'il a avantageusement remplacée cette année par un modèle de rapport sur deux nouveaux prix, le prix Laval et le prix Oulmont, destinés à la jeunesse laborieuse des hôpitaux.

Le grand attrait de ces séances réside toujours dans l'éloge de l'illustre défunt dont la savante compagnie veut honorer et consacrer la mémoire. Cette fois, M. le secrétaire perpétuel a passé la plume et la parole à son collègue, M. Rochard, et c'est Chassaignac qu'il s'agissait de faire revivre un instant, avec sa physionomie, son caractère indépendant, son esprit inventif, ses luttes, ses déceptions, les consolations qu'il a trouvées à son foyer domestique.

M. Rochard divise en deux catégories les hommes qui parviennent aux hautes situations scientifiques. Les uns, brillants vulgarisateurs plus que profonds savants, recherchent, à l'appui de leur valeur intrinsèque, la sympathie de leurs juges, de leurs pairs, de leurs concurrents mêmes, et montent paisiblement de degré en degré jusqu'au sommet de l'échelle, comblés par les honneurs et par la fortune. Mais, quand ils meurent, leur nom disparaît généralement avec eux.

Les autres, véritables pionniers, s'attachent à découvrir des chemins non battus, à défricher des terrains inexplorés, à creuser de nouveaux sillons, à semer avec ou sans espoir d'assister eux-mêmes à la moisson. Le génie de l'invention les pousse; ils se heurtent chaque jour à l'esprit de routine, aux jalousies, aux rivalités, parfois aux haines qu'ils soulèvent. Leur vie est une lutte incessante, remplie de déceptions et d'amertume. Rarement leurs contemporains leur rendent justice. La postérité les venge.

Chassaignac appartient à la seconde catégorie. M. Rochard a très heureusement raconté cette vie militante, si bien remplie, qui peut se diviser en deux parties: pendant la première, Chassaignac prend part à toutes les luttes du concours, alors en grand honneur, et ne succombe que par un déni de justice; pendant la seconde, replié sur lui-même, il puise dans son propre fonds et devient le chirurgien original, l'inventeur ingénieux qui a marqué sa place dans l'histoire chirurgicale de notre siècle.

A ce propos, il nous semble y avoir une contradiction flagrante entre l'enseignement qui se dégage de cet exemple offert par Chassaignac et l'apologie que M. Rochard a faite de l'ancien concours pour le professorat. Nous ne rechercherons pas si les professeurs de nos jours seront flattés de la comparaison établie par l'orateur entre l'état actuel de la Faculté et celui qu'elle présentait quand régnait le concours; nous nous bornons à constater, à l'encontre de l'ancien régime, que, tant qu'il a usé toutes ses forces vives dans les luttes du concours d'où il est sorti vaincu, Chassaignac n'a rien produit. Dès qu'il a été délivré de ces préoccupations, il a recouvré son originalité et a enrichi la chirurgie de ses précieuses découvertes. Or, c'est ici le cas d'ajouter : *ab uno disce omnes.*

M. Rochard a dû rencontrer le bonheur à son foyer. Il lui eût été difficile autrement de traduire en termes aussi saisissants celui dont a joui Chassaignac. Nous vivons à une époque où l'on discute beaucoup sur le rôle de la femme dans la société. Ce rôle semble bien simplement tracé à certaines femmes qui, sans rien distraire de leurs devoirs de mère, s'associent tout naturellement aux travaux, aux projets, aux efforts, aux espérances de leur mari, le soutiennent dans la lutte, partagent les joies de ses triomphes, le consolent de ses revers, doublent ainsi ses forces et lui permettent souvent de s'élever plus haut. Une bonne part des succès et de la gloire qu'ils entraînent leur revient : c'est donc en toute justice que M. Rochard a inscrit le nom de Mme Chassaignac à côté de celui de son mari dans l'hommage public rendu à la mémoire du savant chirurgien de Lariboisière.

Le JOURNAL DES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES a publié les noms des lauréats; l'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'indication des questions proposées pour les prix de 1886.

F. DE R.

NOTES & INFORMATIONS

LA STATUE DE BROCA. — Le jury chargé d'examiner et de classer les maquettes et projets des trois lauréats du concours pour la statue de Broca a rendu son verdict lundi dernier. L'artiste, dont l'œuvre a été classée la première, a représenté Broca debout, tenant dans sa main droite un compas, et, dans sa main gauche, un crâne humain dont il se dispose à prendre les mensurations. Ce crâne, vu par la région occipitale, gagnerait peut-être à être vu de face. Certains accessoires, comme des livres, un crâne d'animal, que l'un des concurrents a représentés aux pieds de Broca, ne seraient pas non plus d'un mauvais effet. A part ces petits détails, le projet qui a eu la préférence du jury est sans conteste celui qui rappelle le mieux la physionomie, les traits, l'attitude de Broca, et l'opinion publique ratifiera certainement ce choix.

— HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Lancereaux a repris, cette semaine, ses leçons du mercredi. Il compte cette année traiter de quelques maladies chroniques. Dans sa première conférence, le médecin de la Pitié, après un historique rapide, énumère les essais infructueux récemment tentés dans le but de classer les cirrhoses d'après leurs caractères morphologiques et anato-pathologiques. Il constate la tendance actuelle à revenir à la classification étiologique dont il a le premier jeté les bases en 1869 et se propose d'étudier successivement la cirrhose des buveurs, avec ses diverses modalités cliniques et anatomiques, la cirrhose impaludique et la cirrhose syphilitique.

M. Lancereaux expose ensuite, dans leurs traits essentiels, l'histoire de quatre malades traités dans ses salles.

Ces observations serviront de point de départ à une étude didactique de la cirrhose alcoolique qui fera l'objet des prochaines leçons.

R. F. D.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Olive, de Nogent-sur-Seine (Aube), âgé de vingt-neuf ans, membre de la Société médico-pratique; — de M. le docteur Wintrebert, vice-doyen de la Faculté catholique de mé-

decine de Lille ; — de M. le doctur A. Farine, médecin principal de première classe, directeur de l'hôpital militaire de Besançon, décédé à l'âge de cinquante-cinq ans ; — et celle de M. le docteur Daga, médecin inspecteur des armées, décédé à Paris à l'âge de soixante ans.

***

ACADÉMIE DES SCIENCES. — La séance annuelle de l'Académie des sciences aura lieu lundi prochain 21 décembre, à une heure.

***

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 3 février 1886 devant la Faculté de médecine de Montpellier.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Paris, professeur d'accouchements, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologique (transformation de chaire).

— Deux concours s'ouvriront le 18 mai 1886 : l'un pour l'emploi d'un chef des travaux anatomiques et physiologiques; l'autre pour l'emploi d'un chef des travaux physiques et chimiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Par arrêté en date du 15 décembre, un concours s'ouvrira le 17 juin 1886 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

***

NOMINATIONS. — Par décrets, en date du 11 décembre dernier, M. Mathias Duval, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

— M. Prunier, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de pharmacie chimique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

— MM. Lancereaux, Duguet et Dieulafoy, agrégés, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine qui s'est ouvert à Paris le 1er décembre 1885.

***

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel, en date du 9 décembre 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux médecins des épidémies et aux docteurs en médecine qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1884 :

Médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Jablonski (de Poitiers), et Pennetier (de Rouen).

Rappels de médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Pilat (de Lille), Perroud (de Lyon), Mauricet (de Vannes), et Pâris (de Versailles).

Médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies J.-B. Blanc (d'Albertville), Coronat (de Gap), Delacour (de Rennes), Empereur (de Bourg-Saint-Maurice), Lacourtiade (de Blaye), Leclercq (d'Arras), Mantel (de Saint-Omer). — MM. les docteurs Poncet, médecin principal de première classe ; Czernicki, médecin-major de première classe, et Torthe, aide-major de première classe.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies Barbran (de Rochefort), Descol (d'Hazebrouck), Evrard (de Beauvais), Benoist (de Guingamp), Ficbot (de Nevers), Guidoni (de Calvi), Lenoël (d'Amiens), Pujos (d'Auch), Rousseaux (de Vouziers). MM. les docteurs Amat, médecin-major de première classe, et Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les médecins des épidémies Bouglé (d'Orléans), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Delbarre (de Cambrai), Denis-Dumont (de Caen), Dion (du Blanc), Dufraigne (de Meaux), Dulac (de Montbrison), de Font-Réaulx (à Saint-Junien), Hugot (de Laon), Raquet (de Paimbœuf), Rohin (de Loudéac), Pône (de Pontarlier), Reumaux (de Dunkerqne), Véret (de Doullens). MM. les docteurs Chabenat (à La Châtre), et Senut, médecin-major de première classe.

***

HÔPITAUX. — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter la proposition suivante :

« Considérant que les médecins et sages-femmes des bureaux de bienfaisance sont, dans de nombreux cas, obligés d'envoyer d'urgence (avant ou après l'accouchement) leurs malades à l'hôpital, le Conseil invite l'administration à adresser à tous les directeurs des hôpitaux, *pourvus d'une maternité*, une note leur enjoignant d'accepter d'urgence les malades envoyés à l'hôpital par les médecins ou sages-femmes des bureaux de bienfaisance. »

— Par suite de la retraite de M. Guibout, M. Quinquaud passe à l'hôpital Saint-Louis, M. Rocques à l'hospice d'Ivry, et M. Balzer à l'hôpital de Lourcine.

— M. le docteur Bar, médecin-accoucheur du Bureau central, est nommé médecin-accoucheur à Tenon.

— M. Levrat, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, a été nommé, après concours, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité de la même ville.

***

ASILE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le concours pour l'internat en médecine dans les Asiles d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse, Villejuif, Infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture et Maison nationale de Charenton), vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Baudouin, Joudeau, Journiac, Klein et Barthomeuf.

Internes provisoires : MM. Arnaud, Landrieux, Houeix de La Brousse, Paterne et Fournier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1885.

232. M. Fauchon. Contribution à l'étude du mal perforant. — 233. M. Touchet. Des conjonctivites rhumatismales aiguës. — 234. M. Fouchard. Du gliôme de la rétine. — 235. M. Issoulier. Traitement de l'entropion par le thermo-cautère. — 236. M. Galland. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'urètère. — 237. M. Rollin. Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie. — 238. M. Simonpietri. Note à propos d'un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. — 239. M. Bonfils. Paludisme et puerpéralité. — 240. M. Sidky. Des modifications récentes de la périnéorrhaphie. — 241. M. Feuillade. Contribution à l'étude des hémorrhagies palustres. — 242. M. Bonnet. Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — 243. M. Lelarge. Contribution à l'étude de la maladie de Ménière et de son traitement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE.

THÈSES DE DOCTORAT. — ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

1. M. Berquet. Essai critique sur la température dans la méningite. — 2. M. Cuisinier. De l'azoturie saturnine. — 3. M. Burgun. — De l'urétrotomie externe. — 4. M. Tournay. Traumatismes et phlegmasies de la bourse séreuse olécrânienne. — 5. M. Bourdon. Du tassement vertébral d'origine traumatique. — 6. M. Danhiez. De la taille hypogastrique chez les enfants. — 7. M. Florency. Etude sur la luxation sus-acromiale de la clavicule. — 8. M. Gosselin. De l'athérome artériel dans ses rapports avec l'intoxication saturnine. — 9. M. Declercq. Du syphilôme chancriforme des organes génitaux. — 10. M. Thomas. Du curage

de l'aisselle dans le cas du cancer du sein. — 11. M. Lacroix. Contribution à l'histoire de la fièvre jaune d'après l'épidémie de la Martinique en 1880-81.— 12. M. Portaz. Contribution à l'étude de la folie à deux.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU DIMANCHE 6 AU SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1885.

Fièvre typhoïde 23. — Variole 6. — Rougeole 22. — Scarlatine 7. — Coqueluche 3. — Diphtérie, croup 35. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 5. — Infections puerpérales 2. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 39. — Phthisie pulmonaire 158. — Autres tuberculoses 28. — Autres affections générales 49 — Malformation et débilité des âges extrêmes 54. — Bronchite aiguë 22. — Pneumonie 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevés : au biberon 29. — au sein et mixte 20. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 103. — de l'appareil circulatoire 71. — de l'appareil respiratoire 71. — de l'appareil digestif 45 — de l'appareil génito-urinaire 23. — de la peau et du tissu lamineux 9. — des os, articulations et muscles 6. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 26. — Causes non classées 7. — Total de la semaine: 920 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

L'Esprit de Montaigne, choix des meilleurs chapitres et des plus beaux passages des *Essais*, disposés dans un ordre méthodique, avec notes et commentaires, par le docteur C. Saucerotte, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique, ancien professeur de philosophie, correspondant de l'Académie de médecine, etc. Ouvrage posthume publié par sa famille. Un vol. in-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1886, Perrin et Cᵉ, libraires-éditeurs, 35, quai des Grands-Augustins.

Le Monde physique, par Amédée Guillemin. Tome V : « La Météorologie. — La Physique moléculaire », contenant 31 grandes planches tirées à part, dont 9 en couleur, et 343 vignettes insérées dans le texte. — Paris, 1885, librairie Hachette et Cᵉ.

Manuel de technique des autopsies, par MM. Bourneville et Bricon. Un vol. in-32 raisin de XII-240 pages, orné de 16 figures et de 5 plans. — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr. — Paris, librairie du « Progrès médical », 14, rue des Carmes.

Traité des maladies des yeux, par M. Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'ophthalmologie, 2ᵉ édition, revue et augmentée, 2 vol. in-8 de 500 pages chacun, avec 150 fig. — Prix : 20 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel pratique des maladies de la peau, par M. F. Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble. Un vol. in-18 cartonné de 470 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale, par M. G. Bardet, avec une préface de M. le professeur G.-M. Gariel. Un beau vol. in-8 de 640 pages, avec 250 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Imprimerie ED. ROUSSET et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Bureau d'abonnement : Librairie Octave DOIN, place de l'Odéon, 8.
Direction et Rédaction : 35, Avenue Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, conférence par le docteur JULES SIMON.

Suite et fin. — Voir les numéros 45, 46, 47, 48, 49 et 50.

Etiologie. — L'adénopathie bronchique, comme celle des autres régions, est toujours ou presque toujours secondaire, soit à un état local, soit à un état général. Les exulcérations, les inflammations de la trachée, des bronches, des poumons, des plèvres, du cœur et de ses enveloppes, des parois thoraciques, peuvent être le point de départ des adénopathies bronchiques, trachéales, médiastines et autres intra-thoraciques. Les diathèses tuberculeuses, syphilitiques, les cachexies, en favorisent et produisent aussi le développement.

En dehors de ces faits vulgaires pris dans leur ensemble, permettez-moi de vous exposer à présent avec plus d'insistance les causes plus spéciales chez les enfants.

Il n'existe pas de *coqueluche* sans adénopathie, et, après la disparition de la coqueluche, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique, se compliquent toujours d'adénopathie plus ou moins intense. C'est ce qu'on appelait autrefois des coqueluches chroniques.

La *rougeole* amène le même résultat non dans tous les cas, mais dans ceux où les voies respiratoires prennent une part sérieuse dans le tableau symptomatique.

L'affection ganglionnaire est moins durable par suite de la marche rapide de l'éruption. Il est pourtant des cas où, soit intensité de la bronchite morbilleuse, soit prédisposition individuelle, certains enfants conservent longtemps des symptômes qui semblent révéler l'existence de la phtisie chronique. C'est, je crois, une des raisons qui ont fait accréditer la fréquence des tubercules consécutifs à la rougeole. Je m'inscris en faux contre cette assertion. Tous les enfants de ma clientèle ont eu la rougeole, et, Dieu merci ! le nombre des tuberculeux est rare en ville dans un certain milieu social, exempt de privations et de misères. Ce qu'on prend pour des tubercules pulmonaires, ce sont le plus souvent, en pareil cas, des adénopathies, suite de rougeole ou de coqueluche.

Bien plus, chez les enfants lymphatiques surtout, la *bronchite aiguë*, la *bronchite généralisée*, la *bronchite capillaire*, et même la *bronchite chronique*, ne manquent jamais de donner naissance à des adénopathies, — ce qui ne veut pas dire à des symptômes fonctionnels ou physiques. Il est des engorgements intra-thoraciques qui passent inaperçus, qui ne déterminent aucune gêne, pendant que d'autres, sans être plus importants quelquefois, se trahissent par des troubles fonctionnels intenses. Le nervosime des sujets explique par-

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

LA MÉDECINE ET LES MÉDECINS AUX PRISES AVEC LA MÉDISANCE ET LA CALOMNIE (1).

Pourrait-on trouver une position sociale qui, de temps immémorial, ait été plus que la médecine en butte à la satire, à la médisance et même à la calomnie? Il faut que les raisons d'existence de la médecine soient socialement bien solides pour que notre profession ait résisté à tant d'assauts avant d'en arriver à cette période de rassérénement où les détracteurs et les railleurs sont à peu près réduits au silence.

Un ancien professeur de l'Université, le regretté Gérusez, si j'ai bonne mémoire, a émis cette opinion que la haine d'un grand nombre d'hommes pour la médecine et les médecins est la conséquence naturelle de leur attachement profond et instinctif à la santé. Cette opinion n'expliquerait-elle pas les nombreuses satires lancées contre nous et l'art que nous exerçons ; et cela bien mieux que ne le font toutes les anciennes raisons que l'on a invoquées pour chercher à se rendre compte du plaisir éprouvé par le *vulgum pecus* dans la critique de la médecine?

En effet, l'idée de médecine est trop étroitement liée pour le public à l'idée de maladie pour que l'aversion que l'on possède pour celle-ci ne s'étende pas à celle-là. Tout condamné a le droit de maudire ses juges ; et tout le monde n'est-il pas condamné d'avance à la maladie et par suite à se trouver en face des médecins? Les deux vers que Voltaire écrivait à propos de Cupidon, on peut donc les appliquer à chaque homme en lui montrant le médecin :

« Qui que tu sois, voici ton maître ;
Il l'est, le fut, ou le doit être. »

Quel est, en effet, celui qui ne tombe pas un jour entre les mains

(1) A propos du volume du docteur G.-J. Witkowski : *Le mal qu'on a dit des médecins* : 1re série : *Auteurs Grecs et Latins*. Un vol. in-18. Paris, 1884. Marpon et Flammarion, édit.

fois cette différence qui tient souvent aussi à la supériorité physiologique de l'organe plus ou moins molesté.

Ce qu'il faut encore signaler dans cette étiologie générale, c'est qu'une fois produits, les symptômes de l'adénopathie bronchique présentent une série de variations très notables, correspondant à la mobilité des milieux, aux chances de refroidissements, aux idiosyncrasies, et même aux influences morales. Autrement dit, l'engorgement ganglionnaire est ici sous l'empire de la congestion et de l'inflammation de la muqueuse aérienne, mais les troubles fonctionnels (toux, dyspnée, etc., etc.) peuvent être le reflet de l'irritabilité de la région et du système nerveux général.

Enfin, sachez que les enfants y sont sujets à tout âge. On nous amène assez souvent des bébés âgés de quelques mois ou même de quelques jours; mais, ordinairement, il s'agit d'enfants compris entre le sevrage et l'âge de six à sept ans. Passé cette époque, les symptômes sont moins alarmants, toutes circonstances étant égales d'ailleurs.

Je dois ajouter qu'on a vu des engorgements des glandes thoraciques tuberculeuses ou simplement scrofuleuses, hypertrophiées, sans lésions des organes du voisinage. C'est une particularité curieuse, mais connue de tous les médecins qui ont fait des autopsies à l'hôpital des Enfants : apparente contradiction aux lois générales de l'engorgement ganglionnaire, qui veut que cette lésion ait toujours son origine dans un point correspondant aux vaisseaux lymphatiques qui aboutissent aux ganglions. Les glandes du pli de l'aine, du cou, de l'aisselle, sont là pour en fournir des preuves irréfutables.

En ce qui concerne les tubercules des glandes, il est fort probable que la lésion originelle a passé inaperçue, dans le poumon, l'intestin, par les glandes bronchiques et les glandes mésentériques ; ou bien l'élément principal, le bacille de la tuberculose, peut n'avoir pas eu prise, n'avoir pas germé, pour ainsi dire, au lieu d'élection, et s'être transporté à une sorte de barrage formé par le ganglion où il trouvait le terrain plus favorable à la prolifération. Ainsi, par comparaison, la méningite tuberculeuse succède parfois à une très légère carie des os du pied et de la main, comme au transport des éléments primitifs de la formation de la granulie.

Cependant, certaines diathèses, la scrofule, la syphilis, donnent naissance à des engorgements généralisés, à des hypertrophies ganglionnaires incontestables dans toutes les périodes habituelles, sans qu'une lésion voisine puisse être incriminée. Ce fait, connu de tous, se trouve aussi par exception dans les engorgements tuberculeux des ganglions bronchiques.

Traitement. — Je suis très convaincu de l'efficacité de notre intervention chez les enfants dans toutes les adénopathies non dégénérées, simplement dues à la congestion, l'hypertrophie ou l'inflammation. Bien plus, je crois même qu'on peut en prévenir l'apparition.

Ce traitement préventif relève des causes que nous avons précitées, les *bronchites*, la *coqueluche*, la *rougeole* au premier rang. Si, chez un enfant lymphatique déjà sujet à des engorgements, les inflammations bronchiques se perpétuent ou reviennent à tout propos, il y a de grandes chances pour que les ganglions trachéo-bronchiques subissent les atteintes de la muqueuse voisine. Dans la convalescence des bronchites simples, ou généralisées, ou plus graves, des bronchites capillaires redoublez de soins; et tenez-vous en garde en surveillant l'hygiène des appartements, en apportant la plus grande attention au retour de la vie habituelle (vêtements, sorties, etc., etc.)

Après la *coqueluche* surtout, il n'est pas d'imprudences auxquelles les enfants soient exposés. Le changement d'air qui peut en effet convenir à la dernière période de cette maladie si tenace, est conseillé et mis en œuvre souvent beaucoup trop tôt, dès la période fébrile ou la période spasmodique au début. Les ganglions déjà turgescents, par le fait de la coqueluche, se trouvent en butte à de nouvelles excitations de la part de la muqueuse aérienne prise de congestion et d'inflammation accidentelle. Même à la dernière période, alors qu'il faudrait favoriser la résolution, on ne tient compte que du changement de milieu, sans se mettre en quête des conditions hygrométriques ou des températures dépendant de l'orientation des localités et des habitations. Surveillez au contraire tous ces détails, et choisissez, suivant les saisons, les régions qui réalisent ce que vous proposez, c'est-à-dire la cessation de la période catarrhale. En hiver, conseillez le Midi, dans un point abrité des vents et de la brise maritime. En avril et mai, et même juin, Arcachon convient à merveille, surtout dans ses parties élevées et convertes de sapins. L'atmosphère y est douce, non agitée, et chargée d'émanations balsamiques. En été, vous pouvez autoriser tous les

---

d'un thérapeute? Le médecin dispose tôt ou tard de la vie de ses semblables. Il en est le maître. Mais Lafontaine l'a dit *en bon françois* :

« *Notre ennemi, c'est notre maître.* »

Aussi le sujet ne manque-t-il pas de prendre ses avances en accablant son maître futur de ses épigrammes. Et cette habitude, ce besoin, remonte très haut et jusque dans la plus haute antiquité. Poètes et prosateurs ont de tout temps rivalisé d'ardeur, à tel point qu'on ne sait à qui accorder la palme triomphale dans cet exercice où les médecins ont servi de cible à des traits tantôt acérés, tantôt inoffensifs. Car dans le grand nombre de ces flèches, il en est plus d'une qui nous effleure à peine : *telum imbelle sine ictu*.

M. G. Witkowski vient de consacrer le cinquième volume de sa collection médico-littéraire, à réunir les épigrammes que les littérateurs ont dirigées contre nous. Nous avons rendu compte à mesure de leur apparition des quatre premiers volumes, qui n'avaient d'ailleurs aucune prétention à l'érudition, se contentant de rapprocher une multitude d'anecdotes de toute provenance et de valeur littéraire ou philosophique bien différente, à ce degré que l'auteur ou plutôt l'éditeur de ces recueils aurait pu prendre pour épigraphe les vers de l'Art poétique d'Horace :

« *Incœptis gravibus plerumque et magna professis*
Purpureus, late qui splendeat, unus et alter
Assuitur pannus. »

Il y a de tout, en effet, là dedans, même de bonnes choses. A côté de quelques historiettes toutes fraîches et alléchantes, d'autres un peu éventées ; s'il en est d'un peu fades, plusieurs ont du piquant, parfois du sel attique, plus souvent du sel gaulois, et ailleurs même, il y a plus que du sel, il y a du piment. Après des viandes blanches, des mets de haut goût, et jusqu'à des plats faisandés. Il y a là des aliments pour tous les palais; et ces recueils doivent se vendre.

Dans son dernier volume, qui semble vouloir inaugurer une série nouvelle, M. Witkowski s'est tracé un plan et a suivi un ordre, l'ordre chronologique. En attendant qu'il nous donne des volumes renfermant le *Bien qu'on a dit des médecins*, collection que l'auteur prétend avoir jetée au feu, mais qui, nous l'espérons,

environs de Paris non humides, et même, une fois les trois périodes de la coqueluche sûrement parcourues, nos plages normandes, à condition toutefois qu'on évite la buée du matin et du soir.

Après la *rougeole* simple, ne pas se hâter de prescrire des sorties avant la fin de la quatrième semaine, pendant les saisons rigoureuses ou humides, et après la troisième, dans les jours réellement chauds. J'exagère même les précautions en couvrant les membres, le cou, le visage, d'un léger enduit de cold-cream, qu'on essuie un peu, de manière à constituer un mince revêtement de l'épiderme. Il est sous-entendu que la date des sorties varie avec l'époque des convalescences pour les rougeoles compliquées ou graves. Si, dans l'un et l'autre cas, l'enfant conserve une toux incessante, revenant à tout propos, je lui enjoins une hygiène plus sévère et je mets en œuvre le traitement curatif que je vais vous exposer.

En résumé, étendant cette pensée à sa plus large acception, vous devez, chez tous les enfants sujets à prendre aisément des inflammations de la muqueuse des voies aériennes, de quelque nature qu'elle puisse être, vous devez combattre avec le plus grand soin toutes les causes capables de perpétuer les affections de l'appareil respiratoire.

Traitement curatif. — L'adénopathie simple étant déclarée, vous vous adresserez aux résolutifs, aux calmants, aux révulsifs. Le moment est venu de vous faire ressortir les avantages de cette médication.

Vous verrez des enfants fatigués par une toux incessante, quelquefois par une vraie dyspnée et des accès d'asthme, épuisés par des sécrétions catarrhales, une hématose incomplète, en recueillir les plus grands bienfaits. Non seulement ils sont remis en meilleur train, mais leur guérison complète et définitive n'est pas une exception.

Les effets ne sont pas rapides. La résolution des glandes thoraciques ne saurait être plus prompte que celle des régions cervicales ou inguinales où l'action topiques est plus directe. Voici donc la copie fidèle de ma prescription :

Je conseille de faire prendre tous les matins et pendant quinze jours consécutifs, aux enfants de deux à dix ans, de l'eau du Mont-Dore, depuis un verre à bordeaux jusqu'à trois quarts de grand verre, avec un nuage de lait chaud.

Aux enfants qui ont dépassé dix à douze ans, je prescris volontiers de l'Eaux-Bonnes ou de Cauterets, ou d'Enghien, dans les mêmes proportions.

Au bout de quinze jours, je fais suspendre cette prescription, et je donne toujours le matin du lait d'ânesse, additionné d'une pincée de sel marin, qu'on alterne ainsi de quinze en quinze jours avec les eaux minérales précédentes.

Contre la toux et les troubles fonctionnels plus accusés, ayez recours à notre mixture composée, à parties égales, de teinture de belladone et d'alcoolature de racine d'aconit, — comme dans la période quinteuse de la coqueluche, — de cinq à dix gouttes, deux fois par jour, avec les oscillations de dosage indiquées par la violence et le nombre des quintes.

Aux enfants grandets, j'ajoute le soir une cuillerée à café de sirop diacode ou de sirop de codéine, ou même de sirop de chloral, pris dans une tasse de tisane en plusieurs fois, et cela dans le cas où le paroxysme des quintes ou de la dyspnée n'est pas suffisamment atténué par les médicaments nervins de la mixture précédente. Par cette méthode, vous calmez à la fois les quintes et la dyspnée et vous émoussez la susceptibilité des nerfs et des plexus cardio-pulmonaires.

De temps en temps, tous les huit jours environ, je suspends cette médication active pour donner un peu de sulfate de quinine (0,15 à 20 centigr.), de la digitale (5 à 6 gouttes), ou du bromure de potassium (1 gramme), suivant que la périodicité, ou les palpitations, ou l'agitation, l'excitation générale, me semblent le comporter, puis, au bout du même laps de temps, je reviens à la mixture précédente.

A l'heure des repas, je soumets les enfants à l'usage des préparations iodées et arsénicales sous forme de sirop d'iodure de fer et de solution arsenicale (0,05 d'arseniate de soude pour 250 grammes d'eau), une cuillerée à café de l'un ou de l'autre médicament dans de l'eau, au milieu du repas, alternant de quinze jours en quinze jours.

Dans la saison rigoureuse, il ne faut pas manquer d'avoir recours au meilleur agent antistrumeux, l'huile de foie de morue, qu'il faut faire prendre avant les deux principaux repas, avec du vin de quinquina ou de la bière Porter. Ces deux préparations font bien supporter l'huile de morue que les enfants avalent alors sans aucune répugnance.

Comme dans toute médication de longue haleine, veuillez ne manquer jamais d'ordonner des suspensions pendant un à deux jours par semaine, de manière à ne pas saturer l'estomac

---

n'aura pas brûlé tout entière, voici le *Mal qu'on a dit des médecins*.

M. Witkowski n'est pas le premier, tant s'en faut, de nos confrères qui se soit fait le porte-voix des agressions et des malignités dirigées contre nous. Il le reconnaît lui-même en citant quelques-uns de ses prédécesseurs.

Au XVII[e] siècle, un médecin de Blois, Jules Bernier, dans ses *Essais de médecine, où il est traité de la médecine et des médecins* (1), a consacré le chapitre V de la première partie aux *Ennemis de la médecine*. « Depuis, dit M. Witkowski, le sujet a souvent été exploité par les irréguliers de la médecine, les guérisseurs *extra cathedrâ*, pour faciliter l'écoulement de leur panacée universelle. Ainsi, l'inventeur de la *médecine Leroy* publie, en 1820, le *Charlatanisme démasqué* et reproduit plusieurs traits satiriques surannés, sous prétexte de donner *l'opinion des savants, anciens et modernes, sur l'art médical*. En 1857, un fougueux adepte de l'homœopathie, le docteur Auguste Guyard, fait paraître son *Guide des gens du monde dans le choix d'une médecine*, où il relève un certain nombre de contradictions de nos maîtres, sous la rubrique : *La médecine jugée par les médecins*. Quelques années après, l'officier de santé Raspail frappait à coups redoublés sur le dos des illustrations médicales, dans son introduction de l'*Histoire naturelle de la santé et de la maladie*. Un autre fameux réformateur de l'art traditionnel, un empirique de la plus belle eau, le zouave Jacob, eut l'audace de publier, en 1877, une virulente diatribe intitulée : *Le charlatanisme de la médecine, son ignorance et ses dangers dévoilés par le zouave Jacob, appuyés sur les assertions des célébrités médicales et scientifiques.* »

Après ces œuvres, dépourvues de toute valeur tant scientifique que littéraire, nous sommes heureux de voir citer une conférence des plus intéressantes et des plus spirituelles du docteur Henri Napias et qui porte justement le même titre que le volume de M. Witkowski : *Le mal qu'on a dit des médecins*. Dans cette conférence, que l'on peut lire dans la TRIBUNE MÉDICALE, et aussi dans l'ART MÉDICAL BELGE de l'année 1880, M. Napias se montre lettré et à la fois piquant, exact et juste. Sans doute l'auteur n'a fait qu'effleurer le sujet, mais cela de main d'expert, de cette main

(1) Paris. In-4°, 1689, p. 201.

et le foie des principaux agents thérapeutiques. Bien des dyspepsies chez les enfants sont entretenues par l'abus ou simplement la continuité des médications. Vous profiterez de ce jour de repos pour donner des laxatifs (mannite, magnésie calcinée), et vous éviterez ainsi l'accoutumance et la saturation qui ont le grave inconvénient d'enrayer l'efficacité de ce traitement tonique et résolutif.

Si l'élément catarrhal est assez marqué, ayez recours à de l'eau chargée de goudron à l'heure des repas, ou à de l'élatine, substance extraite des pins, qui remplit la même indication.

Pour compléter cette intervention raisonnée, vous devez entretenir sur la peau une irritation constante entre les deux épaules, à l'aide de la teinture d'iode, du coton iodé recouvert de taffetas gommé, ou du crayon Limousin à l'huile de croton. L'essentiel, c'est d'agir d'un façon permanente et point douloureuse.

On s'est beaucoup moqué des révulsifs chez les enfants, mais on y reviendra, soyez en sûrs, par la bonne raison que l'observation, sur ce point de thérapeutique, ne trompe point les esprits impartiaux, et que tous les malades adultes capables d'analyser leurs sensations, traduisent leur appréciation en termes affirmatifs, qui viennent corroborer l'amélioration que vous pouvez constater vous-mêmes sur les enfants.

Enfin, dans la belle saison, vous enverrez vos adénopathies trachéo-bronchiques simples non dégénérées à la station du Mont-Dore, où vous obtiendrez des résultats les plus remarquables. Le nombre des petits malades que j'ai dirigés vers cette station est aujourd'hui fort considérable ; le Mont-Dore a toujours répondu à mon attente. Mes petits malades étaient toujours améliorés par une première cure, et jamais victimes d'une excitation trop active, trop perturbatrice.

Une seconde et une troisième cure, à un an de distance, le traitement et l'âge aidant, finissaient dans l'immense majorité des cas par effacer les manifestations strumeuses portant sur les ganglions intrathoraciques.

Cette conviction et cette expérience, lentement acquises, ne me conduisent pas jusqu'à vous dire que le tempérament, les milieux, les imprudences ne puissent entretenir l'engorgement pendant une période indéfinie ; mais, soyez en convaincus, les glandes intrathoraciques, non dégénérées, sont aussi aisément curables que les autres, celles du cou ; par exemple, alors même qu'elles auraient provoqué des symptômes fonctionnels les plus alarmants. En étant bien pénétrés de cette pensée, vous traiterez utilement des enfants réputés phthisiques, en tous cas des enfants dits asthmatiques, souvent affectés de catarrhe, d'épuisement et d'arrêt de développement.

Vous rencontrerez des cas très rares d'adénie répandue à toutes les régions, chez laquelle l'adénopathie bronchique résiste à toutes les médications aussi bien que les engorgements par dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses ou mélaniques.

En m'occupant de ce traitement, et je puis résumer toute la pensée dominante de cette conférence, en vous entretenant de l'adénopathie bronchique, j'ai eu surtout en vue les engorgements les plus fréquents : simples, congestifs, inflammatoires, hypertrophiques, curables, en un mot, capables de produire, comme les autres, des perturbations dans les fonctions principales de la cage thoracique et des organes qu'elle contient, et, par cette raison, susceptibles d'une symptomatologie qui conduit à un diagnostic indiscutable.

Si je vous ai mis en possession de ces données scientifiques, si je vous ai démontré l'efficacité de notre médication, j'ai atteint le but que je me proposais.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Quelques considérations sur le traitement des luxations de l'astragale a propos d'un fait de ce genre, par L. Monnier, interne des hôpitaux.

Les observations de luxation de l'astragale sont rares, fort heureusement du reste, car la réductibilité est loin d'être la règle (sur 78 cas, 59 irréductibles, statistique de Broca) ; il est donc utile de les publier, surtout quand leur traitement a présenté certains côtés intéressants capables de servir de règle de conduite en pareille occurence. Voici la narration succincte de ce fait :

Luxation ancienne de l'astragale en avant et en dehors ; irréductibilité ; énucléation de cet os ; guérison parfaite. (Cette observation sera publiée dans le tome VI des *Cliniques* de M. Péan.)

---

qui a écrit ce si curieux petit volume : *Le mal de misère* (1), presque introuvable aujourd'hui.

Nous signalerons à M. Witkowski quelques lacunes dans l'énumération de la préface : ainsi, le livre de G. de Bezançon, *les Médecins à la censure* (in-18, Paris, 1677), n'y est pas mentionné, et cependant le livre est cité, sans nom d'auteur il est vrai, dans une note de la page 35, au passage suivant : « On demandait à Pausanias comment on pourrrait exterminer les Thraces ? — En mettant, dit-il, un médecin à la tête de l'armée. » De même, l'auteur des *Médecins à la censure* fait dire à Sosandre, dans un de ses entretiens avec Cléante, que « l'on appelle la guerre la médecine de l'Estat, à cause qu'elle conduit, comme cet art, une infinité de personnes à la mort. »

Dans une autre note, à la page 161, le même livre est encore cité ; mais ici le nom de l'auteur y est défiguré, on l'appelle le docteur G..., de Besançon, comme s'il n'était question que de sa ville natale.

Un autre livre oublié par M. Witkowski est celui de Jean-Emmanuel Gilibert, de Lyon, né en 1741, mort en 1814, son livre fut publié en 1772, à Neufchâtel, sous ce titre : *l'Anarchie médicinale ou la Médecine considérée comme nuisible à la santé* (3 vol. in-12). Gilibert était partisan de la méthode expectante en médecine. Il exagère les abus de l'art, mais sans vouloir faire une satire de la science. Son livre est dédié au grand Haller.

Enfin, nous indiquerons à M. Witkowski un autre oubli, plus grave peut-être, c'est celui du docteur H. Kühnholtz, qui, dans la deuxième et la troisième leçons de son cours d'*Histoire de la médecine et de Bibliographie médicale* professé en 1831 à la Faculté de médecine de Montpellier (in 8°, 1837, p. 38 à 101), s'est occupé de tracer une histoire critique des épigrammes, satires et sarcasmes dirigés contre les médecins et la médecine depuis les temps les plus reculés.

Dans le volume que nous avons entre les mains, M. Witkowski ne s'occupe que des auteurs grecs et latins, et cependant combien abondante est la moisson ! Depuis Ésope jusqu'à Babrius, en passant par Pindare, Aristophane, Platon, Eschine, Ménandre, Athénée, Plutarque, Lucien, Diogène de Laërce et Élien chez les Grecs ; depuis l'Ancien-Testament, jusqu'aux Pères de l'Église, Tertullien

(1) Paris, in-32 de 64 pages, 1876.

M...; 23 ans; maçon, entre le 5 décembre 1884 à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton, n° 32; service de M. Péan. C'est un jeune homme vigoureux, d'une parfaite santé Le 1er novembre dernier, en sautant d'une voiture en marche d'une hauteur d'un mètre, il pose le pied droit à faux : douleur telle dans le cou-de-pied qu'une lipothymie a lieu; impotence consécutive du membre avec rotation interne du pied et saillie à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. Un rebouteur, consulté, croit à une fracture et immobilise vingt jours le membre. A ce moment, M... peut marcher avec des béquilles; depuis lors, la situation est restée la même.

Il entre le 5 décembre dans l'état suivant : saillie arrondie, du volume d'une chataigne, sur le cou-de-pied, un peu plus près de la malléole externe que de l'interne. En arrière d'elle, une dépression, puis une autre saillie, moins volumineuse, et une autre dépression située sur la malléole externe. En dedans de la saillie principale, on trouve le relief des tendons extenseurs, puis la malléole interne ayant à sa base une sorte d'encoche; on dirait les vestiges d'une fracture ancienne; toutefois, pas d'exagération notable du diamètre bi-malléolaire. Le pied est en adduction et extension forcée, car au maximum de flexion (il lui reste quelques mouvements) il forme encore avec la jambe un angle de 100 à 120°. Indolence presque complète; mais comme la marche n'est possible qu'avec des béquilles, M... réclame une intervention chirurgicale pour remédier à cette infirmité, due, on peut l'affirmer sans hésitation, non pas à une fracture, mais à une luxation complète de l'astragale en avant et un peu en dehors.

13 décembre. — Anesthésie. Incision transversale et oblique allant de 1 centimètre de la partie moyenne de la malléole interne au sommet de l'externe. Deuxième incision perpendiculaire à la première, passant sur la saillie astragalienne. Dénudation de la tête de cet os que l'on résèque en un morceau à l'aide de la pince-gouge. Mobilisation avec une spatule du corps et extraction avec un davier. Le pied revient alors aisément à angle droit. Drain transversal, suture métallique, compresse phéniquée et gouttière plâtrée. Trois heures après, on enlève le pansement provisoire et on applique un Lister.

21. — Le 15, il est survenu une poussée de lymphangite légère qui, aujourd'hui, a subi une nouvelle exacerbation.

24. — La rougeur a gagné la jambe; elle est nettement érysipélateuse.

10 janvier. — Au commencement du mois, on a dû ouvrir un abcès qui s'était formé au-dessus de la malléole externe; aujourd'hui il est recollé.

1er mars. — La cicatrisation est actuellement complète et la marche possible avec une bottine à tuteurs latéraux.

P. S. — M. a été revu quelques mois après dans un état très satisfaisant. Il nous a écrit, en décembre 1885, qu'il était content du fonctionnement de sa jambe.

Comme nous le disions au début, les luxations de l'astragale, notamment les luxations complètes, sont rares, et, à ce seul titre, tout cas nouveau mérite d'être mentionné dans la littérature médicale. Mais notre observation se prête en outre à certaines considérations intéressantes au point de vue thérapeutique.

Il y avait quarante jours environ que la luxation s'était faite: Or, pouvait-on espérer un instant la réduction? Evidemment non, et toute tentative eût été inutile et même nuisible. M. Péan n'eut garde de l'essayer. Il fallait donc recourir à l'intervention sanglante, car abandonner l'affection à elle-même, c'eut été condamner cet homme à l'impotence de son membre pour le reste de son existence. Quatre méthodes se présentaient: l'amputation, la réduction au moyen de débridement, la ténotomie du tendon d'Achille, l'extirpation de l'os luxé.

1° L'amputation? Chassaignac (1) l'a préconisée, avec conviction, à la tribune de la Société de chirurgie, se basant sur deux observations qui se terminèrent d'une façon fatale, après l'énucléation de l'astragale, suivie de fusées purulentes dans les gaines. Ces deux malades étaient assez comparables au nôtre, puisqu'il n'y avait pas de plaie primitive; toutefois, les lésions articulaires devaient être plus graves, car il s'agissait de luxation sous-astragalienne. Néanmoins, une telle façon d'agir nous paraît beaucoup trop radicale.

2° La réduction au moyen de débridement? Dans les cas récents, cette méthode pourrait être discutée, tentée même, actuellement surtout, que l'antiseptie permet d'ouvrir, sans grand péril, les articulations, mais au bout de cinq ou six semaines, des adhérences se sont produites, et les chances de réduction sont à peu près nulles. Dubreuilh (2) cite, il est vrai, un relevé de 24 réductions sur 90 cas, mais il ne dit pas à quelle époque ont été pratiquées les tentatives de réduction; il est vraisemblable qu'il s'agissait de luxations récentes.

3° Quant à la ténotomie du tendon d'Achille, nous nous demandons, avec Dubreuilh, quelle peut bien être son efficacité;

(1) Chassaignac, GAZ. DES HÔPITAUX, 1860, p. 204.
(2) Dubreuilh. Thèse de Paris, 1860.

et saint Ambroise, saint Jean Chrysostome et jusqu'à saint Bernard; depuis Plaute, Cicéron et Sénéque, Pline et Quintilien, Juvénal et Martial, Tacite, Suétone et Quinte-Curce, Pétrone, Apulée et Ausone jusqu'à Sidoine-Apollinaire. Les auteurs plus modernes qui ont écrit en latin ne sont pas oubliés : Eginhard commence la série et elle se continue presque jusqu'à nous avec Richer, Jean de Salisbury et Pétrarque au moyen âge; avec Erasme, Thomas Morus, Manzoli, Jean Second, François Bacon, etc., dans les temps qui se rapprochent de nous.

Bien que de tous les volumes de la collection de M. Witkowski, celui dont nous parlons aujourd'hui soit celui qui satisfasse le plus les exigences de l'érudit et du lettré, nous signalerons quelques erreurs et quelques omissions :

La traduction d'Athénée est de Lefebvre de Villebrune et non Villebrun. Erasistrate était médecin de Séleucus Nicator, et non pas Nicanor. Si le nom des auteurs des traductions de passages reproduits sont le plus souvents cités, ils ne le sont pas toujours; ainsi, pour Pline l'Ancien, pour Tacite, pour Quinte-Curce, pour Apulée, pour Aulu-Gelle? Enfin, puisque nous en sommes à relever des peccadilles même imputables à l'imprimeur, observons que la pièce de Casimir Delavigne où se trouve ce vers :

« On guérit, c'est notre art; on meurt, c'est la nature. »

a pour titre *la Princesse Aurélie* et non *Amélie*.

Quand la série des volumes consacrés à reproduire le mal que les littérateurs ont dit des médecins sera terminée, M. Witkowski nous promet une série qui ne saura manquer d'être plus piquante pour nous; elle aura pour titre : « Les médecins ridiculisés par eux-mêmes. » On le sait : *Invidia medicorum pessima*. Nous verrons étalées là des plaies bien hideuses. Mais la première vertu du médecin n'est-elle pas de panser les plaies pour tâcher de les guérir, et de ne pas reculer devant l'horreur qu'elles peuvent inspirer? Recherchons donc attentivement par où nous sommes le plus vulnérables, et tâchons de nous protéger contre les blessures qui pourraient nous venir de notre propre camp. Nous serons alors moins exposés à ce qu'un autre Erasme ne vienne nous dire : « Parmi les sciences, celles qui se rapprochent le plus du sens commun, ce qui est la même chose que la folie, sont aussi les mieux récompensées. Les théologiens meurent de faim, les physi-

4° Reste donc la seule méthode logique, l'extirpation de l'astragale.

Broca (1) s'en est montré partisan déclaré. Dans la séance de la Société de chirurgie du 9 mai 1860, il s'écriait, répondant à Chassaignac, qu'il y aurait péril à laisser passer l'opinion, émise par celui-ci, relativement à la nécessité de l'amputation dans les luxations de l'astragale. Il citait un relevé de 78 cas de luxations sans plaie, dont 59 d'irréductibles. Sur ces 59, l'arthrotomie a été pratiquée deux fois et suivie de deux guérisons; l'extirpation immédiate a été faite deux fois et a donné une guérison et un décès; l'extirpation consécutive, pratiquée vingt-cinq fois, a donné vingt-quatre succès. Une fois, il a fallu faire consécutivement l'amputation de la jambe, avec succès du reste. L'éloquence de ces chiffres dispense de tout commentaire. Il s'en dégage un autre enseignement, c'est la bénignité infiniment plus grande de l'extirpation consécutive, c'est-à-dire, comme dans notre cas, à une époque plus ou moins éloignée de l'accident. Ce fait frappe beaucoup plus encore dans la statistique totale de Broca, que voici :

Sur 160 luxations de l'astragale, avec ou sans plaie, on a pratiqué 86 extirpations, qui ont déterminé 17 morts. Sur ces 86 extirpations, il y en a eu 59 primitives et 27 consécutives. Or, les 17 décès mentionnés appartiennent tous aux extirpations primitives. Ainsi donc, et c'est également l'opinion de M. Péan, dans les luxations astragaliennes sans plaie, irréductibles par les manœuvres voulues, il est bon d'attendre avant de recourir à la méthode sanglante; mais que ce soit une expectation armée, toute prête à agir si l'os luxé est le point de départ d'accidents inflammatoires trop intenses. Au bout de trois ou quatre semaines, la tendance phlegmasique du début a généralement disparu avec les épanchements sanguins; l'extirpation se fait alors dans d'excellentes conditions : pratiquée avec soin, et suivie d'une immobilisation parfaite, elle est généralement exempte de complications sérieuses. Nous avons eu cependant une poussée de lymphangite érysipélateuse.

Le résultat ici a été excellent, et on peut dire que l'intervention chirurgicale a positivement rendu à M... l'usage de sa jambe droite. Une bottine solide avec tuteurs latéraux, suppléant à la diminution de solidité de la mortaise tibio-péronière, a complété l'œuvre du chirurgien.

(1) Broca. Gaz. des hôp., 1860, p. 236.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

TRAVAUX ÉTRANGERS (1).

De la puissance fécondante et de la puissance génitale chez l'homme, par Ultzmann (de Vienne) (2).

L'auteur insiste d'abord sur l'erreur, très répandue dans le monde, que la stérilité des ménages dépend presque toujours de la femme. Tandis qu'en réalité c'est souvent le mari qui est cause de l'infécondité.

La stérilité, chez l'homme, passe d'autant plus facilement inaperçue qu'elle peut coïncider avec une puissance génitale normale. D'autres fois, quoique plus rarement, l'impuissance ne s'accompagne pas de l'impossibilité de féconder. Le pouvoir générateur est en rapport avec la qualité du sperme. Lorsque celui-ci fait défaut, on dit qu'il y a aspermatie. Cet état peut être absolu ou relatif, permanent ou temporaire, congénital ou acquis. Cette dernière forme résulte, le plus ordinairement, d'une maladie de la prostate.

L'aspermatie temporaire se montre surtout chez les sujets très nerveux et fatigués par des excès de coït, d'onanisme, ou par des accidents blennorrhagiques.

Parfois l'impossibilité d'éjaculation dans le coït n'empêche pas les pollutions nocturnes. L'oligospermie se rencontre fréquemment chez les gens avancés en âge, ou à la suite de l'inflammation des testicules ou de la prostate. La puissance génitale coïncide plus souvent avec l'azoospermie qu'avec l'aspermatie. L'absence des zoospermes est, le plus ordinaire-

(1) Quelques-uns des mémoires analysés dans cette revue ont été présentés au Congrès des naturalistes et médecins allemands, tenu à Strasbourg en septembre 1885 (section de gynécologie). Les titres seuls de ces communications ont été insérés dans le Journal des Sociétés scientifiques (4 nov. 1885), ce qui nous a engagé à donner une courte analyse de ceux de ces travaux qui nous ont paru les plus intéressants.

(2) *Ueber Potentia generandi und Potentia coeundi.* Wiener Klinik, 1885, et Centralbl. für Gyn., 1885.

ciens se morfondent; on se moque des astrologues; on méprise les dialecticiens. La médecine vaut mieux que cela. Et, parmi les médecins, le plus ignare, le plus charlatan, le plus téméraire aura toujours la vogue parmi les plus gens du haut parage. La médecine, comme la plupart la font aujourd'hui, n'est comme la rhétorique, que l'art de jeter de la poudre aux yeux. »

Plaise à Dieu que la satire d'hier ne soit plus la vérité de demain, et notre belle profession sera à l'abri de toute atteinte!

Dr Albertus.

Les cours de la Faculté sont suspendus du 24 décembre 1885 au 4 janvier 1886.

* * *

Assistance publique. — Par décret, en date du 12 décembre 1885, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique :

MM. Voisin, conseiller à la Cour de cassation; le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ferry, maire du IXe arrondissement; Thomas, maire du XIIIe arrondissement; le docteur Bouchardat, administrateur du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, et le docteur Dubrisay, membre pris en dehors de toute catégorie.

— Le jury du concours de l'internat des hôpitaux et hospices de Paris ayant déclaré qu'il lui était impossible de terminer les épreuves de ce concours en temps utile pour que les élèves qui vont être nommés puissent entrer en fonctions le 1er janvier prochain, le directeur de l'Assistance publique vient de prendre un arrêté aux termes duquel les élèves internes et externes actuellement en exercice sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 31 janvier 1886 inclusivement.

* * *

Il est institué, près le ministère de l'instruction publique, une commission chargée d'établir l'organisation des conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un règlement général réorganisant ce service.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Gavarret, président; Peyron, vice-président; Béclard, Besnier, Charcot, Gallard, Jaccoud, Léon Labbé, Le Fort et Tillaux.

ment, la conséquence d'une affection blennorrhagique ancienne. Dans ces cas, on observe au microscope, une on denx heures déjà après l'émission du liquide, des cristanx rhomhoïdanx, prismatiques ou fnsiformes.

L'oligospermie, plns rare que l'azoospermie, a la même étiologie que cette dernière.

Enfin, chez certains sujets, il existe des spermatozoïdes, mais ceux-ci perdent immédiatement leurs mouvements ou même sont immobiles au moment de l'émission. Dans ces cas, il existe presqus toujours des lésions catarrhales ou inflammatoires des testicules, de la prostate ou des vésicules séminales.

Le traitement de la stérilité chez l'homme est rarement suivi de succès. Lorsqu'il y a du sang ou du pus mélangé au liquide spermatique, Ultzmann conseille des cautérisations de la portion prostatique de l'urètre avec une solution de nitrate d'argent à 5 %. A ce propos, l'auteur donne des détails intéressants sur les différences d'aspect et de coloration observées dans le sperme.

Contre l'azoospermie et l'oligozoospermie, il emploie la faradisation des testicules. On ne peut guère espérer nn résultat de l'application de ce moyen qne si l'état pathologique ne remonte pas à plns d'une année.

L'autsur distingue quatre principales formes d'impnissance. Celle qui résulte de malformations anatomiques (hypo et épispadias, courbure du gland dans l'érection, etc.).

L'impuissance d'origine psychique se manifeste principalement chez des sujets nerveux, souvent livrés à l'onanisme. Un grand nombre d'entre eux ont des érections, mais celles-ci cessent dès qu'ils veulent pratiquer le coït. D'autres ne peuvent avoir des rapports qu'avec telle ou telle femme déterminée. Enfin, pour une dernière catégorie, l'éjaculation se produit prématurément. Lorsqu'il y a malformation, c'est à l'intervention chirurgicale que l'on doit recourir. Dans les autres cas, l'auteur conseille d'introdnire fréquemment des sondes métalliques froides, de toncher la partie prostatique de l'urètre avec des substances astringentes, enfin d'employer l'électricité localement.

L'impossibilité pour l'homme d'accomplir l'acte sexuel a de fâcheuses conséquences pour la santé de la femme. A la suite de tentatives fréquentes et incomplètes de la part du mari, celle-ci présente souvent, outre des accidents nerveux généraux, des tronbles du côté des organes génitaux, et plus spécialement du vaginisme.

Observations relatives a la suppression artificielle du flux menstruel, par Lœwenthal (1).

L'autenr conseille le repos au lit et les injections chaudss. A ce propos, il a observé que l'eau injectée dans le vagin, pour produire son effet hémostatique, doit être portés à 50 degrés centigrades au moins. A la température de 45 ou 47 degrés, elle augmente parfois les pertes. Dans quelques cas, très exceptionnels il est vrai, l'eau très chaude n'ayant pas amené le résultat cherché, Lœwenthal a employé avec succès les injections très froides. Il apporte à l'appui de son opinion 23 observations de ménorrhagies chez des chloro-anémiques, des dyspeptiqnes, des hystériqnes et hystéro-épileptiques. C'est principalement chez les malades chloro-anémiques que le traitement par les injections chaudes a donné des résultats satisfaisants. L'auteur n'a jamais observé aucun accident à la suite de l'aménorrhée artificielle.

(1) *Ueber einige Erfahrungen bei künstlicher Unterdrückung der menstruellen Blutflusses.* Centr. f. Gyn., 1885.

Sur les modifications histologiques de l'appareil nerveux circum-utérin dans la paramétrite simple ou atrophique, par W. Freund (1).

Freund a étudié principalement le ganglion cervical utérin, ou ganglion de Frankenhæuser. Cet appareil nerveux, de structure très complexe, contient des fibres spinales et sympathiques, et de nombreuses cellules ganglionnaires entourées de tissu conjonctif et d'un riche réseau vasculaire. Situé sur les parties latérales du vagin et du col utérin, il se continue jusque dans le tissu conjonctif périrectal. L'auteur décrit ensuite les modifications de cet appareil nerveux, sous l'influence de la grossesse et après l'accouchement. Enfin les lésions qu'il a observées dans les cas de paramétrits atrophique. Ces altérations consistent en nne augmentation du tissu conjonctif, s'accompagnant de la dégénérescence des filets nerveux, des cellules ganglionnaires, et de la disparition d'un grand nombre d'entre elles. Les observations cliniques, rapprochées des lésions histologiques, présentent un grand intérêt.

Sur les effets physiologiques de l'hydrastis canadensis, par Fellner (2).

Fellner a étudié l'action physiologique de l'hydrastis et de ses alcaloïdes sur les chiens et les lapins. Il résulte de ses expériences, que cette substance agit sur les centres nerveux des vaisseaux et du cœur et amène des contractions de l'utérus, parfois aussi de l'intestin. Au point de vue clinique, l'auteur conseille d'employer les sels composés avec les alcaloïdes de l'hydrastis (*Berberinum phosphat., hydrastinum muriaticum*), qui agissent, à faible dose, de la même manière que l'extrait fluide d'hydrastis canadensis.

Méthode simple inoffensive de traitement contre le catarrhe utérin, par Kugelmann (3).

Kugelmann, ayant observé que l'iodoforme guérit très promptement le coryza et la laryngite, a eu l'idée d'appliquer ce médicament au catarrhe utérin. Il l'introduit au moyen d'un cathéter spécial dans la cavité utérine, sous forme de poudre très fine. Ces applications, renouvelées deux fois par semaine, lui ont donné d'excellents résultats. Dans tous les cas, l'hypersécrétion catarrhale a immédiatement diminué, ou même complètement cessé.

Cas de vomissements incoercibles de la grossesse guéris par l'alimentation artificielle, par Brünnicher (4).

Il s'agissait d'une femme enceinte, âgée de 33 ans, dont l'état général était devenu extrêmement gravs, à la snite de vomissements incoercibles, et qui fut complètement guérie après trois semaines de l'usage de la sonde œsophagienne,

(1) *Ueber die feinere Verænderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfacher und parametritischer Atrophie.* Centralb. f. Gyn, 1885.

(2) *Die physiologische Wirkung einiger Præparate der Hydrastis canadensis.* Med. Jahrb. d. K. K. Gesellsch. d. Arzte, in Wien 1885, et Centralbl. f. Gyn., 1885.

(3) *Ueber eine einfache Gefahrlose Methode für intra-uterine Behandlung der chronischen Uterus Katarrhs.* Centralb. f. Gyn., 1885.

(4) *Fall von unstillbaren Erbrechen bei einer Schwangeren durch Sondenfütterung geheilt.* Hospitals Tidende, 1885, et Centralbl. für Gyn., 1885.

par laquelle on introduisait, chaque jour, du lait, du bouillon, de la poudre de viande.

DEUX CAS D'HÉMORRHAGIE GRAVE RÉSULTANT D'UNE RUPTURE DU VAGIN A LA SUITE DU PREMIER COÏT, par MUNDÉ (1).

Dans le premier cas, Mundé fut appelé auprès d'une femme nouvellement mariée, presque exsangue; présentant une hémorrhagie abondante par le vagin. Le mari, qui était médecin, avait essayé, mais en vain, d'arrêter l'hémorrhagie, en appliquant du perchlorure de fer. Après avoir débarrassé le vagin du sang coagulé, on put constater une déchirure d'un pouce de long, partant de l'hymen et se dirigeant parallèlement à l'urètre. Un tamponnement avec de l'ouate alunée fit cesser l'hémorrhagie.

Chez le second sujet, observé dans des conditions identiques, il existait sur la paroi vaginale gauche une déchirure de deux pouces et demi de long et d'un demi pouce de profondeur. La lésion commençait à un pouce environ au-dessus de l'hymen (qui lui ne saignait pas) et s'étendait presque jusqu'au cul-de-sac. Le même traitement fut appliqué avec un résultat également favorable.

Dr DE SINÉTY.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

DES NÉVRALGIES BILATÉRALES DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC.

Il est un certain nombre de symptômes qui ont été longtemps méconnus ou qui n'étaient pas rattachés par les auteurs à leur véritable cause : nous voulons parler des névralgies intercostales occasionnées par les troubles digestifs.

Bassereau, en 1840, en parle le premier. Beau le signale dans son traité. En 1873, M. Rèvillout publie dans la GAZETTE DES HÔPITAUX quelques articles sur les points de côté et signale pour la première fois l'existence de la névralgie intercostale dans le cours de l'embarras gastrique aigu.

En 1884, M. le professeur Bouchard insiste longuement sur ce symptôme. Depuis cette époque, ces névralgies sont étudiées par les élèves de M. Bouchard et soigneusement notées par eux. Aussi peut-on dire que c'est à M. Bouchard et à ses élèves que revient tout l'honneur d'avoir fait connaître d'une façon complète ces manifestations du côté des nerfs intercostaux dans les affections de l'estomac.

Récemment (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, juillet 1885), deux élèves de M. le professeur Bouchard, MM. Chantemesse et Le Noir ont cherché à constituer un ensemble de ces symptômes; aidés par un grand nombre d'observations intéressantes et recueillies avec un soin extrême. C'est à cette publication que nous empruntons les détails suivants :

Le plus souvent, ces malades ne ressentent rien de particulier au réveil; la matinée est bonne; le matin, un peu de pituites, de renvois.

C'est après le déjeuner que surviennent les accidents, étouffement, renvois, ballonnement du ventre pendant une heure ou deux. Puis apparaît la crise douloureuse qui dure une heure ou deux, pour disparaître. Quelquefois les mêmes symptômes se manifestent le soir au moment où le malade se met au lit. La première partie de la nuit est mauvaise, sans sommeil. Mais il nous faut préciser le caractère de cette douleur, son siège, son mode d'apparition, sa durée. Les malades la comparent généralement à un serrement, à une constriction, à une crampe. Cette sensation de constriction hémilatérale ou circulaire siège en un point quelconque du thorax. La douleur limitée à la partie antérieure du nerf intercostal disparaît; remplacée par des sensations pénibles siégeant dans le segment postérieur. De constrictive cette douleur peut devenir lancinante, rarement térébrante.

Dans d'autres cas, c'est un choc subit que le patient reçoit dans un des côtés de la poitrine, rarement dans les deux; cette attaque dure une ou deux secondes et revient quelques minutes après. Ces accès irréguliers dans leur apparition ne sont pas toujours en rapport avec une digestion pénible; cependant, le malade, interrogé, avoue que depuis quelques jours il souffrait de l'estomac.

Ces névralgies présentent encore ceci de particulier qui les distingue des autres souffrances névralgiques. Tandis que dans la sciatique, par exemple, les accès apparaissent avec une régularité telle que la crise de la veille ressemble à celle du jour ou du lendemain, ils sont ici très variables, étroitement subordonnés à l'état de l'estomac. Très marqué aujourd'hui, à la suite d'un écart de régime, au bout de quelques jours ils peuvent être atténués. Mais quand ils ont existé, il est toujours facile d'en retrouver la trace : la pression du doigt aux lieux d'élection décèle des points douloureux à droite et à gauche.

Dans les cas de dilatation stomacale grave, les accidents sont beaucoup plus marqués : plusieurs fois dans la journée et la nuit, des sensations de constriction apparaissent dans la poitrine ou le ventre; les malades poussent des gémissements, pleurent sans oser faire de mouvement; ils deviennent hypochondriaques.

Chez ces malades, les impressions pénibles au niveau de la base du thorax *des deux côtés* manquent rarement. Les douleurs prédominent à gauche; rarement limitées à un espace intercostal, elles siègent vers la partie moyenne des huitième et neuvième espaces. Elles peuvent s'accompagner de troubles cardiaques ou de phénomènes douloureux dans le membre supérieur, avec sensation de doigt mort, affaiblissement de la sensibilité cutanée et de la motilité.

Ces phénomènes ne sont pas toujours indiqués par les malades des deux côtés du corps. Le plus souvent, c'est de la région gauche qu'ils se plaignent. Mais, dans tous les cas où l'existence de la dilatation de l'estomac peut être constatée, on retrouve les points douloureux *bilatéraux* soit spontanés, soit provoqués.

Les foyers précis de ces points douloureux se retrouvent par la palpation aux points suivants : l'un siège en plein épigastre, un autre au niveau du sternum, à la base de l'appendice xyphoïde, au milieu de la ligne bi-mamelonnaire, enfin au niveau des troisièmes articulations chondro-sternales. Notons aussi le foyer cervical, au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, et le foyer abdominal dans la direction du nerf grand abdomino-génital.

On devra toujours rechercher la dilatation stomacale, selon la méthode employée par le professeur Bouchard.

La durée de cette affection est fort variable, de quelques mois à plusieurs années. Elle peut devenir assez intense pour

(1) BOSTON MED. AND SURG. JOURN., mai 1885, et CENTRALBL. FÜR GYN., 1885.

revêtir la grande symptomatologie de l'irritation spinale. La maladie est plus longue chez les sujets âgés et chez tous ceux dont l'excitabilité nerveuse est faible.

La cause essentielle de la névralgie est la dilatation de l'estomac. Cependant il ne faut pas conclure que tout dilaté doive avoir des névralgies semblables. Il faut tenir compte des prédispositions organiques de chaque malade : la question d'âge, d'impressionnabilité nerveuse, joue un grand rôle dans l'étiologie de cette affection. En outre, parmi les causes les plus importantes, il faut citer l'intervention d'une affection stomacale aiguë dans le cours d'une dilatation en train de s'effectuer. Ainsi s'explique le rôle pathogénique considérable de l'embarras gastrique.

Ces névralgies dépendraient, selon Bassereau, de troubles utérins. MM. Chantemesse et Le Noir ont démontré par des faits précis que les troubles utérins devaient être rejetés ; ils sont fréquents chez ces malades, mais ils surviennent toujours postérieurement aux perturbations digestives et à la dilatation de l'estomac. De plus, l'importance étiologique des lésions de l'appareil génital est tout à fait secondaire, puisque les cas de dilatation et de névralgies doubles chez les hommes sont assez fréquents.

Dans le diagnostic, on devra reconnaître l'existence de la névralgie bilatérale, et la rattacher à la dilatation de l'estomac. Le premier point est quelquefois difficile ; les accidents pourront prédominer vers un organe splanchnique, vers un organe thoracique, tandis que les névralgies seront légères. L'auscultation attentive laissera reconnaître une pleurésie diaphragmatique, une pneumonie, une lésion cardiaque.

La pleurodynie et le lumbago ont des caractères qui appartiennent à quelques-unes de ces variétés douloureuses. Mais l'examen direct montre que la douleur est uniformément répandue dans un espace ou un groupe musculaire, et qu'elle n'a pas les foyers typiques de la névralgie.

Le rhumatisme musculaire siège rarement des deux côtés. Les douleurs des hystériques seront facilement reconnues.

Les autres formes de la névralgie intercostale symptomatique seront aisément rattachées à une altération d'un organe voisin : myélite, mal de Pott, pleurésie, pneumonie, etc.

Tout traitement qui ne s'adresse qu'à la névralgie échouera. La réfrigération par le chlorure de méthyle, les frictions, etc., n'amèneront aucun résultat ; la seule thérapeutique efficace est celle qui prend souci de l'état de l'estomac.

Nous ne pouvons insister davantage sur ce travail de MM. Chantemesse et Le Noir, et nous croyons être utiles aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE en leur recommandant la lecture de cette question nouvelle que les auteurs ont su traiter d'une manière si intéressante.

A. MARTHA.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES, par le docteur REILIQUET. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. — Paris, 1885.

Il existe des fistules urétrales qui permettent au liquide injecté par l'orifice externe, situé soit à la peau, soit dans le rectum, de passer dans le canal urétral sans que l'urine puisse inversement revenir de ce point à l'extérieur. Ces trajets, toujours consécutifs à l'abcès d'une des glandes périphériques de l'organe placées en avant du collet du bulbe, sont, dans la majorité des cas, le reliquat de cowpérites suppurées. Ils peuvent également se montrer en avant des bourses à la suite de l'abcès d'une glande anormalement placée, ainsi que l'auteur en rapporte un cas fort intéressant. Le parcours fistuleux présente invariablement deux sections, de la peau à la glande, de la glande à l'urètre. On a, d'une part, la fistule glandulaire proprement dite, de l'autre, un simple trajet n'étant autre que le canal excréteur de la glande. Si ce dernier, en raison de sa disposition anatomique, de sa façon de traverser les parois de l'urètre et de s'ouvrir dans la cavité du canal, ne s'oppose pas à l'arrivée en ce lieu des produits sécrétés, il met obstacle par le fait même de cette disposition au passage rétrograde de toute espèce de liquide. Ce mécanisme assure au reste l'intégrité fonctionnelle de l'organe glandulaire. Pour guérir de pareilles fistules, il importe de maintenir constamment perméable par des injections la cavité du canal excréteur de la glande. On cherchera ensuite à obtenir la rétraction complète et exacte des parois de l'abcès et la cicatrisation du trajet de la partie profonde à la surface cutanée sans qu'il reste en arrière le moindre point donnant encore du pus.

Tel est le résumé, fort incomplet, de l'excellent mémoire publié par le docteur Reliquet.

CH. AMAT.

CONDITIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA ENVISAGÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PROPHYLAXIE DES CAMPAGNES, par le docteur DOMASE CLOËZ. — Paris, 1885.

Pour M. Cloëz, le choléra peut être importé par un individu sain aussi bien que par un convalescent ; ce sont les matières rendues par les cholériques, les eaux contaminées, les linges souillés, les objets maculés par ces matières, qui seraient le véhicule le plus ordinaire du principe infectieux. L'auteur n'admet pas comme démontré que la contagion puisse se faire par l'intermédiaire de l'air.

Si les épidémies semblent devenir de moins en moins meurtrières dans les villes et paraissent conserver leur caractère de grande contagiosité dans les campagnes, cela est dû, d'après M. Cloëz, à l'inobservance dans les campagnes des lois de l'hygiène publique (absence de latrines privées aussi bien que publiques, habitude de jeter les déjections des malades sur les fumiers, le peu de souci de la pollution des cours d'eau par les liquides suintant de ces fumiers, méconnaissance générale des soins de propreté, lavage des linges souillés dans les rivières ou dans les ustensiles de ménage servant aux usages domestiques).

On le voit, si ces considérations sont justes, la prophylaxie des maladies épidémiques rurales pourra, par l'organisation d'un service sanitaire local, être imposée fructueusement aux campagnes.

Dr PAUL FABRE (de Commentry).

REVUE DES THÈSES

ESSAI SUR LES PHÉNOMÈNES PRURIGINEUX QUE L'ON RENCONTRE A LA PÉRIODE D'INVASION DE LA SCARLATINE, par LE GUELLAUT. — Thèse de Paris, 1885.

A la période d'invasion de la scarlatine apparaît quelquefois un phénomène caractérisé par un prurit excessivement

intense, accompagné dans certains cas d'une éruption particulière. En l'absence des symptômes propres à la scarlatine, ce prurit urticariant pourrait entraîner, pour un certain temps, la confusion entre cette maladie et l'urticaire.

Après avoir exposé nn certain nombre d'observations, l'anteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La scarlatine pent être urticariante de deux façons : dans certains cas, l'intoxication scarlatineuse produit dn prurit variable en durée et en intensité; dans d'antres, il s'agit réellement d'nne urticaire qui se rattacherait à la même cause;

2° Les arthritiques et les rhumatisants apportent nne prédisposition spéciale à la tendance à l'urticaire;

3° Il semble que ces phénomènes demeurent sans influence snr l'évolntion ultérieure de la scarlatine;

4° En présence d'une nrticaire ou de phénomènes prnrigineux intenses qn'aucune cause extérieure n'anrait provoqués, il y a lieu de réserver le diagnostic et d'attendre, car il est possible de voir survenir une scarlatine.

SUR UN CAS DE DIABÈTE AZOTURIQUE, par F. GARIN. Thèse de Paris, 1885.

L'auteur, après un rapide historique, distingue le diabète azoturique de l'azoturie. L'azoturie est un symptôme qui consiste dans la présence d'une quantité anormale d'urée dans l'urine. Le diabète azotnrique est une maladie constitutionnelle, caractérisée par une azoturie persistante, par l'augmentation de la sécrétion nrinaire, de la soif, de l'appétit et par un amaigrissement plus ou moins rapide.

L'observation décrite par M. Garin passe en revue les différents symptômes.

De tous les médicaments, la valériane est celui qui a donné les meilleurs résultats.

A. MARTHA.

DE LA CAUTÉRISATION ACTUELLE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES, par J.-B. BOULINEAU. — Thèse de Paris, 1885.

Le fer ronge employé dans le traitement des maladies articulaires donne de remarqnables résultats. Hippocrate les signale dans un de ses aphorismes. Ce moyen thérapeutique a subi, à l'instar de beaucoup d'autres, les caprices de la mode. Tour à tour prôné comme nne panacée universelle on dénoncé comme un spectre hideux, il est parfaitement avéré aujourd'hui qu'il produit d'excellents effets s'il est employé à une température comprise entre le rouge-brun et le rouge-cerise, s'il est repassé plusieurs fois dans les mêmes raies ou sur les mêmes points, s'il est appliqué assez légèrement pour ne pas détruire le derme dans toute son épaisseur. La coloration jaune dorée des parties cautérisées et le suintement de gouttelettes de sérosité sont, semble-t-il, l'indice d'une bonne opération.

CH. AMAT.

NOTES & INFORMATIONS

OUVERTURE DU COURS D'ANATOMIE GÉNÉRALE AU COLLÈGE DE FRANCE. — Après avoir rendu hommage à M. Ranvier qui, par ses travaux et ses découvertes, a donné une si grande impulsion aux recherches histologique, M. Malassez a commencé, devant un nombreux auditoire, l'étude dn sang, de la lymphe et des voies circulatoires dans la série animale.

Les vertébrés présentent deux liqnides nourriciers, le sang et la lymphe. Le sang est composé d'un plasma et de globules en suspension dans le liquide : de ces globules, les uns sont colorés, rouges; les autres, incolores, globules blancs, globulins.

Les globules rouges doivent leur couleur à l'hémoglobine; aussi sont-ils le véritable agent de la respiration.

Les blancs sont, les uns hyalins, formés d'un protoplasme peu développé, avec un noyau volumineux; les autres sont granuleux, de dimension variable.

Quant aux globnlins, ce sont des corpuscules incolores, appelés corps élémentaires, par Zimmermann, hématoblastes par Hayem, plaquettes sanguines par Bizozerro.

On a décrit un autre élément incolore, nn troisième globule du sang : c'est l'élément de Noris; en réalité, c'est une globule rouge qui a perdu son hémoglobine.

Si on vient à comparer le sang dans la série des vertébrés, on trouve certaines différences. La masse totale du sang diminue à mesure qu'on descend des vertébrés supérieurs aux inférieurs; la richesse des globules rouges diminue aussi.

Le globule, par contre, augmente de volume chez les vertébrés inférieurs; c'est ainsi que le globule du prothée est beancoup plus grand que celui de l'homme.

Mais l'augmentation de volnme ne compense pas l'augmentation de nombre; de plns, la richesse en hémoglobine diminue, étant donné un méme nombre de globules. C'est ainsi que chez certains poissons, le sang est incolore, bien que le sang soit formé de globules blancs et de globules rouges; ceux-ci ont tous les caractères des globules rouges, mais ils ne contiennent pas d'hémoglobine.

Les voies circulatoires ne sont pas disposées de la même manière chez tous les vertébrés; les mammifères possèdent un cœur double, et le sang est artérialisé complétement.

Chez les reptiles, il n'y a plus qu'un seul ventricule, et deux oreillettes, de telle sorte que le sang est envoyé mélangé dans les tissus.

Chez les poissons, le système est beaucoup plus simple: il n'y a qu'un seul cœur branchial; le cœur aortique fait défaut; le sang va des branchies dans les capillaires par la circulation générale; ce sang est donc plus artérialisé que chez les reptiles; mais l'impulsion est moindre chez les poissons, parce que le sang a d'abord été obligé de traverser les branchies. Aussi, certains poissons ont-ils de véritables cœurs de renfort.

Les capillaires sont-ils des parties complètement closes? Cohnheim, étudiant la circulation chez les batraciens, avait constaté que quelques globules blancs s'arrêtaient sur les parois et envoyaient des prolongements à travers les capillaires; parfois quelqnes globules rouges suivaient le même chemin.

Cohnheim avait pensé qu'il existait des orifices dans les parois des capillaires.

Julius Arnold, faisant des imprégnations d'argent sur les capillaires, avait constaté qne, sur les interlignes qui séparent deux cellules, il y avait des points plus foncés, parfois des espaces clairs.

Les travaux de Tarchanoff ont démontré l'inexactitude de ces observations. De plus, lorsque l'on pratique une injection dans

les artères, rien ne passe dans les tissus, bien que les capillaires soient complètement remplis.

Ces stomates ne sont qu'un produit de la préparation d'argent; ce sont des ouvertures passagères.

On peut donc dire que le système sanguin est un système parfaitement clos. Il en résulte que les échanges qui se passent entre les capillaires et les tissus, sont des échanges qui se passent à travers la membrane du capillaire.

La lymphe se compose d'un plasma et de corps en suspension, ou globules blancs; les globules rouges sont très rares. Cette absence de globules rouges montre que la lymphe n'est pas un liquide servant à la respiration.

Les voies lymphatiques ne forment pas un cercle complet : il n'y a pas de cœur; il n'y a que des vaisseaux et des capillaires.

Chez les mammifères, les vaisseaux ont des valvules; leurs parois sont musculaires et animées de mouvements rhythmiques. Le lymphatique est véritablement un organe moteur.

Chez les mammifères, sur le trajet des vaisseaux, se trouvent des ganglions.

Chez les oiseaux, les ganglions sont très peu développés.

Chez les reptiles, les ganglions et les valvules font défaut. Les vaisseaux deviennent plus volumineux et tendent à former des espaces.

Chez les batraciens, les parois ne sont plus musculaires; il existe de larges espaces lymphatiques. On ne trouve de valvules et de fibres musculaires que dans les points où le système lymphatique communique avec le système sanguin.

On voit donc, en étudiant les vertébrés supérieurs et inférieurs, que les vertébrés inférieurs ont un système lymphatique plus développé; mais, de ce qu'une machine est plus volumineuse, il ne s'en suit pas que son rendement soit plus considérable.

Quelle est l'origine des lymphatiques? Une des premières hypothèses a été la suivante : les voies lymphatiques communiquent avec les voies sanguines par des canaux particuliers appelés les *vasa serosa*; une injection pratiquée dans une artère ne revient-elle pas quelquefois par les lymphatiques? Quand existe une fistule lymphatique, ne voit-on pas dans certains cas le sang sortir par le vaisseau lymphatique?

En 1846, Kœlliker constata qu'à l'extrémité des vaisseaux en voie de développement se trouvaient des cellules creuses. Kœlliker, ayant pris ces cellules pour des cellules conjonctives, soutint que les vaisseaux sanguins se développaient aux dépens de ces cellules.

Virchow, ayant remarqué que toutes les cellules conjonctives communiquaient par leurs prolongements, admit que cet ensemble de cellules creuses formait un large réseau, et qu'il y avait communication entre le sang et la lymphe.

Pour Recklinghausen, ces cellules conjonctives n'étaient pas creuses, mais pleines. Il croyait qu'il existait un système de canaux dans lesquels étaient les cellules conjonctives.

Arnold crut être arrivé à injecter les lymphatiques par les artères. Mais sur les capillaires sanguins on ne trouve pas d'orifices.

Ranvier a constaté que le tissu conjonctif est formé de faisceaux entrecroisés et que les cellules conjonctives sont accolées à ces faisceaux. A la suite d'une injection colorante dans le tissu conjonctif, si les lymphatiques sont colorés, c'est qu'il y a eu une rupture de vaisseaux.

Quels sont les rapports entre les vaisseaux lymphatiques et les espaces lymphatiques? On a dit que les espaces étaient les analogues des séreuses. Or, comme dans les séreuses il y a des voies de communication, il doit y avoir des communications entre les vaisseaux et les espaces lymphatiques, ce qui est loin d'être démontré.

Un fait bien certain est le rapport avec les séreuses, comme l'ont prouvé les expériences de Ludwig, de Recklinghausen et de Ranvier, qui a démontré d'une façon indiscutable l'existence des communications entre l'espace lymphatique et les cavités séreuses.

L'étude du sang chez les invertébrés montre que chez les annélides, par exemple, il existe un fluide rouge et un fluide incolore. Le fluide rouge contient des globules incolores et un plasma rouge; ces globules n'ont pas de mouvements amiboïdes; ce seraient des noyaux détachés des parois vasculaires.

Le plasma est rouge; la substance colorante est donc dissoute dans le liquide. Ce liquide, traité par l'acide acétique et le chlorure de sodium, donne des cristaux de chlorhydrate d'hématine; il présente les bandes de l'hémoglobine. C'est donc dans ce plasma que se trouve l'hémoglobine : c'est un liquide respiratoire chargé de porter l'oxygène dans les tissus.

Les vaisseaux sont longitudinaux, munis de valvules, contractiles; ils donnent des vaisseaux collatéraux qui se rendent aux téguments et se mettent en communication avec l'air extérieur.

Le fluide incolore est composé d'un plasma et de globules analogues aux globules blancs des vertébrés, doués de mouvements amiboïdes.

Tous les annélides ne présentent pas la même disposition : il en est qui ont des globules rouges chargés d'hémoglobine; d'autres n'ont pas de globules rouges, mais le liquide est teinté en rouge par l'hémoglobine. D'autres n'ont pas d'hémoglobine dans le sang; mais on en trouve dans certains tissus, comme dans les ganglions nerveux.

M. Malassez a terminé cette intéressante leçon par une série de projections nettes et précises.

A. MARTHA.

— M. Chevandier a déposé lundi, 21 décembre, sur le bureau de la Chambre des députés, un rapport sommaire fait au nom de la première commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi de M. Chevandier et plusieurs de ses collègues, relative à l'exercice de la médecine.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayonne (de Gimont) et Hurel (de Gaillon).

— L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte; M. Tulasne, Louis-René, membre de la section de botanique dans laquelle il avait remplacé Adrien de Jussieu, est mort le 22 décembre 1885.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Chédevergne, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Poitiers, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. Danner, professeur de physiologie à l'École de médecine de Tours, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du dimanche 13 au samedi 19 décembre 1885.

Fièvre typhoïde 18. — Variole 2. — Rougeole 16. — Scarlatine 5. — Coqueluche 5. — Diptbérie, croup 45. — Choléra 0. — Dysentérie 0. — Erysipèle 6. — Infections puerpérales 9. — Autres affections épidémiques 0. — Méningite (tubercul. et aiguë) 37. — Phthisie pulmonaire 181. — Autres tuberculoses 28. — Autres affections générales 58. — Malformation et débilité des âges extrêmes 53. — Bronchite aiguë 34. — Pneumonie 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants élevée : au biberon 31. — au sein et mixte 22. — Inconnu 7. — Maladies de l'appareil cérébro-spinal 104. — de l'appareil circulatoire 63. — de l'appareil respiratoire 88. — de l'appareil digestif 47. — de l'appareil génito-urinaire 32. — de la peau et du tissu lamineux 6. — des os, articulations et muscles 10. — Après traumatisme : Fièvres inflammatoires 0. — infectieuses 0. — Epuisement 0. — Causes non définies 0. — Morts violentes 16. — Causes non classées 12. — Total de la semaine : 1012 décès.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS :

Traité clinique des maladies de l'enfance, leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie, par M. Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie Tome I. Affections du poumon et de la plèvre, 1 vol. gr. in-18 de 500 pages, avec 76 figures dans le texte — Prix : 11 fr. — Tome II. Affections du cœur, rhumatisme, chorée, coqueluche, oreillons, rougeole, varicelle, scarlatine, fièvre typhoïde, 1 vol. grand in-8 de 620 pages, avec 90 figures dans le texte, prix : 13 fr. — Tome III. Diphtérie, affections cérébrales, 1 vol. grand in-8 de 600 pages, avec 40 figures dans le texte, prix : 12 fr. — L'ouvrage est complet en trois volumes, prix : 36 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par M. Ch. Campardon, avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. Un vol. in-18 cartonné diamant. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par M. A. Corre, médecin de première classe de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Brest. Un beau vol. in-8 de près de 600 pages, avec 35 tracés de température dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par M. A. Corre. Un vol. in-18 de 650 pages, avec 80 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. — Prix : broché, 5 fr. ; cartonnage diamant, tranches rouges, 6 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Manuel pratique de médecine militaire, par M. Audet, médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr. Un joli vol. in-18 cartonné diamant, avec planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Paris, librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Imprimerie Ed. Rousset et Cie, 7, rue Rochechouart. Paris.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE TOME DEUX DE LA SEPTIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

ANNÉE 1885

A

B

C

H

I

J

K

L

TABLE DES AUTEURS

FIN DES TABLES